

## Sommaire

Remerciements .....	4
Sommaire .....	5
Partie I. ....	9
L'évolution du statut juridique du détenu malade. ....	9
A. L'évolution du statut juridique des personnes détenues face aux droits des personnes malades. ....	9
B. La mise en œuvre d'une qualité et continuité de soins équivalente pour l'ensemble de la population.....	16
Partie II. ....	25
Une détention attentatoire aux droits fondamentaux de la personne malade. ....	25
A. L'incompatibilité entre détention et respect de la dignité humaine.....	25
B. Le droit de prendre une décision médicale éclairée mis à mal. ....	33
C. Confidentialité et secret médical face à la coopération surveillant/personnel de soin. ....	38
Partie III.....	45
Préconisations susceptibles de favoriser le respect des droits des personnes malades en détention. ....	45
A. Structurer une démarche de santé publique.....	45
B. Adapter et améliorer la qualité et la continuité des soins. ....	53
Conclusion.....	58
Bibliographie.....	60
Annexe 1 .....	63
Annexe 2 .....	64
Annexe 3 .....	65

Depuis le début de la dernière décennie la prison n'est plus conçue comme un espace de « non-droit », mais comme « fondée sur le droit, sur les droits », selon les termes de Christiane Taubira<sup>1</sup>.

La prison, lieu d'emprisonnement des personnes condamnées à une peine privative, détenus condamnés, ou en instance de jugement, détenus prévenus, regorge en son sein une population fragile. Elle est caractérisée par une situation socio-économique défavorable, un état de santé dégradé antérieur à l'incarcération, et des maux qui ne font que s'aggraver au cours de la détention. De nombreuses pathologies seraient plus répandues en prison qu'à l'extérieur.

« Les prisons sont des foyers privilégiés d'infection. La surpopulation, le confinement prolongé dans un espace restreint, peu éclairé, mal chauffé et par conséquent mal ventilé et souvent humide sont au nombre des conditions souvent associées à l'emprisonnement et contribuent à propager maladies et mauvaise santé. Lorsque ces facteurs sont conjugués au manque d'hygiène, à une alimentation inadaptée et à un accès restreint à des soins médicaux convenables, les prisons constituent un problème majeur de santé publique » selon l'association médicale mondiale. Il est constaté que l'état de santé des prisonniers est généralement moins bon que celui du reste de la population ; en effet le mauvais état de santé d'une région se retrouve amplifié chez les personnes incarcérées. L'incarcération constitue alors un péril pour la santé.

La santé, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »<sup>2</sup>.

De part le monde de nombreuses personnes sont confrontées à l'inégalité devant la santé, alors que les effets de la pauvreté et des privations se combinent pour nier le droit des personnes à la santé, il n'existe aucun endroit où l'accès à la médecine et aux moyens de mener une vie saine est plus négligé que derrière les murs des prisons, où « la maladie est la

---

<sup>1</sup> « *La conception que j'ai de la prison républicaine, c'est une prison fondée sur le droit, sur les droits* » a insisté M<sup>me</sup> Taubira, garde des Sceaux, ministre de la Justice lors de sa visite de la prison des Baumettes (Marseille) le 8 janvier 2013.

<sup>2</sup>Préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé

forme de décès le plus commune » (Betteridge, 2004)<sup>3</sup>.

L'inégalité face au droit de la santé est un sujet qui m'a été inspiré par mes expériences en tant que stagiaire. Un premier stage en Etablissement Pénitentiaire pour Mineur l'année dernière avait déjà ébranlé ma curiosité sur ce lieu dit de non droit qu'est la prison. Plus tard mon stage en cabinet d'avocat dans le cadre de mon Master II m'a permis de porter mon attention sur l'accès aux soins des personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), auquel les prisonniers mal informés ne sont pas affiliés de façon généralisée. Les recherches juridiques, et l'actualisation des veilles juridiques produites lors de mon stage professionnalisant, auprès de Maître Toledano, m'a permis de finaliser l'intitulé de celui-ci en portant mon mémoire de stage sur l'inégalité existante entre les détenus malades et l'ensemble de la population.

En consacrant tout un chapitre aux « droits et devoir des personnes détenues », la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a constitué un tournant dont l'importance ne saurait nous échapper : elle vient consacrer cette vision nouvelle qui s'impose d'une prison de droit.

Il convient sans doute de relativiser l'apport de ce texte qui n'est, en fin de compte, qu'un point d'aboutissement d'un long processus entrepris par d'autres lois, notamment celle du 18 janvier 1994 relatives aux soins en prison, ou encore celle du 30 octobre 2007 instituant le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). La succession d'avancées jurisprudentielles marque aussi ce processus qu'elles soient européennes ou nationales. En effet la Cour Européenne des droits de l'homme a apporté une contribution décisive, sur laquelle les auteurs insistent, forgeant un « standard commun de protection »<sup>4</sup>.

Mais la prise en charge sanitaire des personnes détenues rencontre un certain nombre de contraintes et de difficultés liées aux caractéristiques du milieu pénitentiaire et à l'intervention de plusieurs institutions (ministères chargé de la santé, de la justice, de l'intérieur).

La situation actuelle et les évolutions, voire améliorations encore nécessaires, sont confrontées à des questions éthiques. La politique de santé en prison permet-elle une égalité de traitement des usagers du système de santé du milieu libre et du milieu carcéral ?

---

<sup>3</sup> Fiche pratique de la réforme pénale No 2 (2007), *Penal Reform International*

<sup>4</sup> Jacques Chevallier, professeur à l'Université Panthéon-Assas, Les droits de la personne détenue, Dalloz, Paris, 2013, 341p., p1

Autrement dit le détenu malade dispose-t-il de l'ensemble des droits accordés aux personnes malades ? (à savoir l'accès aux soins et le respect des droits fondamentaux).

Le régime actuel montre de lui-même ses insuffisances. Malgré la nécessité pour les personnes détenues de disposer des droits des malades, la mise en œuvre de l'ensemble de ces droits n'est pas garantie. L'évolution des esprits sur des sujets comme la prise en compte de la douleur, la dignité du patient ou la responsabilité médicale, ont permis d'établir de nombreux droits en faveur des malades. Les relations entre patients et médecins ont ainsi progressivement évolué vers plus de maturité. En milieu carcéral l'évolution tend vers une consécration de l'application des droits du malade au détenu. Il ne sera pas abordé la psychiatrie en milieu carcérale, qui tend à devenir une psychiatrie à part entière, ou du moins une psychiatrie entièrement à part, selon Michel David.<sup>5</sup>

Cette étude présente un bilan synthétique des évolutions intervenues en matière de protection des droits à la santé des personnes détenues (Partie I). Elle s'interroge sur les limites tant juridiques que pratiques à l'exercice de ces droits et sur sa conciliation avec les contraintes de divers ordres qui pèsent sur l'administration pénitentiaire (Partie II). Enfin elle met en avant des préconisations susceptibles de favoriser à l'avenir le respect des droits des personnes détenues tout en tenant compte des spécificités inhérentes à la détention (Partie III).

---

<sup>5</sup> Orateur du colloque FARAPEJ, 30 novembre 2013 ; *Santé en prison, entre logique pénale et logique médicale : du détenu malade au malade détenu.*

## **Partie I.**

### **L'évolution du statut juridique du détenu malade.**

Historiquement, le malade a souvent été considéré comme un paria de la société, au même titre que le vieillard ou le mendiant. Seules les personnes suffisamment riches pouvaient disposer de soins de santé. Au fur et à mesure des droits sociaux se sont développés, la maladie devenant de moins en moins un fléau. Mais si une part plus grande de la population avait accès aux soins médicaux, les droits des personnes souffrantes ont mis du temps à être reconnus, et sont le fruit d'une bataille de plus.

La reconnaissance des droits des malades s'est ainsi faite de façon progressive. Plusieurs dates ont ainsi marqué l'émergence des droits du malade en France. Le statut juridique des personnes détenues était alors fondé sur la privation de droit. La reconnaissance de droit aux détenus s'est effectuée avec l'évolution des missions assignées originellement à la prison, à savoir enfermer, punir et amender. Désormais le statut juridique reconnu à la personne détenue lui permet de disposer des droits fondamentaux de toutes personnes humaines reconnu aux malades (A). Cette évolution implique que soit assurée une qualité et continuité des soins équivalentes en milieu libre et en milieu carcéral (B).

#### **A. L'évolution du statut juridique des personnes détenues face aux droits des personnes malades.**

La reconnaissance des droits individuels de la personne malade est liée à l'ouverture des hôpitaux à toutes les catégories sociales dans le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle<sup>6</sup>. Ce n'est qu'avec la création des Assurances sociales (loi du 5 avril 1928) et de la sécurité sociale (ordonnance du 4 octobre 1945) que l'hôpital reçoit les malades payants et révisé en conséquence ses modalités d'accueil et d'hébergement. Le 31 décembre 1970 la loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière affirme le droit du malade au libre choix de son praticien et de son

---

<sup>6</sup> Jean-Marie CLÉMENT, 1900-2000 : La mutation de l'hôpital, Edition les Études Hospitalières, 2001, 220p

établissement de soins. Elle confie aux établissements assurant le service public hospitalier la mission d'accueillir toutes les personnes ayant besoin de leurs services.

Il faudra cependant attendre un décret du 14 janvier 1974 pour que règlementairement le droit de la personne malade hospitalisée soit reconnu et le 20 septembre 1974 est publiée la première Charte du malade hospitalisé, qui reconnaît les droits et les devoirs des patients. Le 6 mai 1995 une Charte du patient hospitalisé est publiée par les pouvoirs publics et est affichée dans tous les établissements de santé. Rénovant le texte de 1974, elle précise que "le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade, il est avant tout une personne avec des droits et des devoirs"(1).

Plus tard c'est au terme d'un processus de plus d'un demi-siècle que la loi du 24 novembre constitue une avancé considérable et à plusieurs titres. Elle consacre les droits et devoirs des personnes détenues et s'inscrit dans un cycle d'amélioration de l'accès aux droits à la santé des personnes détenues. L'article 2 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 contient une définition renouvelée du service public pénitentiaire : « Le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions pénales. Il contribue à l'insertion et à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à la prévention de la récidive et à la sécurité publique dans le respect des intérêts de la société, des droits des victimes et des droits des personnes détenues. Il est organisé de manière à assurer l'individualisation et l'aménagement des personnes condamnées. » Cette nouvelle définition impose désormais au service public pénitentiaire de respecter les droits des personnes détenues (2).

### **1. Le droit des personnes malades constituant des droits fondamentaux de toute personne humaine.**

C'est la loi du 4 mars 2002 qui est venue consacrer légalement les droits de la personne malade, qui, en tant que sujet de droit, doit bénéficier de dignité et de liberté. Pour disposer de ces droits fondamentaux, cette loi développe l'obligation de rechercher le consentement des patients en toutes circonstances (b) et de leur permettre d'accéder à l'information médicale qui les concerne (a).

*a. Le droit et l'accès à l'information.*

Le principe du droit des patients d'être informés a valeur légale depuis la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système. Ce droit était jusque-là appréhendé principalement sous l'angle de l'obligation d'information du médecin, obligation déontologique largement consacrée par la jurisprudence. Désormais ce droit vise à éclairer le consentement du patient aux soins. Emanation du principe de dignité de la personne humaine, l'obligation d'information trouve sa source dans le contrat médical en médecine libérale.

Cette obligation inscrite dans le Code de déontologie médicale<sup>7</sup>, s'applique quelle que soit la nature de la structure de soins. À travers la loi du 4 mars 2002, l'information du patient est consacrée comme un droit pour le patient et étendue à l'ensemble des professionnels de santé comme en dispose l'art L 1111-3 du code de santé publique (CSP). Le contenu de l'information est aujourd'hui défini à l'article L 1111-2 CSP et suppose une information continue, portant notamment sur le coût des soins ainsi que leurs modalités de remboursement, l'acte médical en lui-même, son utilité, les conséquences, l'opportunité et les risques. Le droit à l'information subsiste postérieurement à l'acte médical, ce qui est une innovation. L'information doit en tout état de cause être donnée dans la perspective d'un consentement éclairé sur les conditions essentielles de l'intervention d'un acte médical.

En plus d'un droit à l'information, la personne malade dispose d'un droit d'accès direct aux informations, principe fondamental posé par la loi du 4 mars 2002. L'accès indirect par l'intermédiaire d'un médecin, ainsi qu'il est prévu par la législation antérieure, reste possible et recommandé aux usagers. Mais désormais ce droit d'accès direct s'applique immédiatement pour toute demande d'information personnelle de santé, quelle que soit son ancienneté. Les informations couvertes par ce droit d'accès sont l'ensemble des informations concernant la santé d'une personne, les éléments détenus par des professionnels de santé ou établissements de santé, les informations qui ont contribué à l'élaboration ou au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention (les échanges écrits entre professionnels ; les résultats d'examens par exemple). Il s'agit d'un droit d'accès sur demande que les professionnels de santé peuvent anticiper et suggérer. Le délai de communication est

---

<sup>7</sup> Article R.4127-35 du code de la santé publique

de huit jours à partir de la réception de la demande. Un délai de réflexion de quarante huit heures doit être observé.

Dans la lignée de cet accès à l'information, la personne malade dispose d'un droit au secret de l'information.

***b. Le respect du secret médical.***

Le respect de la vie privée et le secret médical sont deux droits fondamentaux du patient. Le secret médical s'impose à tous les médecins. Il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce que lui a confié son patient, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris comme l'énonce l'article R.4127-4 du code de la santé publique.

Le secret professionnel est régi par l'article 226-13 du Code pénal<sup>8</sup> ainsi que par les codes de déontologie ayant valeur réglementaire. La loi du 4 mars 2002 renforce et précise les éléments contenus dans ces textes, notamment en modifiant l'article L 1110-4 du CSP. Ainsi les principes de confidentialité et de secret sont consacrés comme un droit des usagers et plus seulement comme une obligation professionnelle.

Ces droits relatifs à l'information, permettent au patient de consentir en toute connaissance de cause à l'acte médical.

***c. Le consentement comme corollaire du droit à l'information.***

Une information préalable précise, adaptée et réitérée est la condition sine qua non d'un consentement éclairé. Ce qui fait du consentement le corollaire du droit à l'information, le patient faisant suite, par une réponse, à l'information qui lui a été délivrée par le médecin.

Le principe du consentement est défini par l'art L 1111-4 CSP qui énonce « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences de ses choix ». Il est à noter qu'il était déjà posé par les articles 16-3 alinéa 2 du Code civil, par l'article 36 alinéa 1<sup>ère</sup> du Code de déontologie et par la jurisprudence. Le principe figure également dans la Charte du patient hospitalisé, ainsi que dans la Convention européenne sur les droits de

---

<sup>8</sup> Art. 226-13 Code pénal « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* »



l'homme et la biomédecine<sup>9</sup>. La loi du 4 mars 2002 vient consacrer ce principe et lui donner une nouvelle force juridique : sont affirmées les exigences du consentement libre et éclairé du patient préalable aux soins et sa prééminence.

Consentir, c'est donner son accord et prendre ses responsabilités. L'alinéa premier de l'art L 1111-4 CSP illustre cette idée de sorte qu'il appartient au malade de décider sur proposition du médecin ou de tout autre professionnel de santé participant à l'acte de soin.

Certes la loi ne précise pas les conditions permettant de conclure à l'existence d'un consentement libre et éclairé, cependant un libre consentement implique l'absence de toute pression exercée sur le patient. Ceci suppose d'une part, un environnement propice à la prise de décision et d'autre part, le respect, si les circonstances le permettent, d'un délai de réflexion.

Dans cette démarche du consentement à l'acte médical, une des nouveautés de la loi du 4 mars 2002 est l'apparition d'une personne de confiance « désignée par le malade pour le suppléer le cas échéant ». Son rôle est défini à l'article L 1111-6 CSP<sup>10</sup>. La notion de personne de confiance élargit le cercle des proches à des personnes qui, sans être de la famille ou intimes, peuvent être des professionnels médecins, mais aussi avocats, notaires ou autres qui, par leur fonction, sont amenés à recueillir les volontés de la personne et de les restituer sans le prisme déformant d'une grande proximité. Cette notion de personne de confiance est surtout sollicitée lors d'une hospitalisation où l'évolution de la maladie peut justifier cette intervention.

Bien que des droits soient reconnus aux malades, il convient de savoir si ceux-ci sont transposables aux détenus.

## **2. L'émergence d'un statut juridique des personnes détenues.**

Le statut juridique des personnes détenues a connu une longue évolution, de la privation de droit à la reconnaissance progressive de l'ensemble des droits fondamentaux (a), à l'exception de celui d'aller et venir. Le Conseil de l'Europe et la Cour Européenne des droits

---

<sup>9</sup> Article 5 de la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine

<sup>10</sup> Art. L 1111-6 CSP « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »



de l'homme (CEDH), à travers leur jurisprudence, ont joué un rôle fondateur. De même le Conseil d'Etat s'est progressivement emparé de la question carcérale en réduisant, à partir de l'arrêt Marie du 17 février 1995, le périmètre des mesures d'ordre intérieur. Désormais un droit à la santé est garanti au détenu malade (b).

*a. De la privation à la reconnaissance de droits.*

Jusqu'à la réforme Amor en 1945, la condamnation à une peine privative de liberté équivaut à la perte des droits individuels reconnus à tout citoyen. Cette incapacité juridique est issue de la conception de la prison qui prévaut à savoir que la personne détenue doit y mener une vie austère. Après la Seconde Guerre Mondiale, la volonté d'humaniser les prisons s'accompagne d'un premier mouvement de reconnaissance de droit des personnes détenues, au travers notamment d'une tentative de formalisation des règles pénitentiaires. Malgré cette avancée, l'incarcération reste assimilée à un châtimement ; la peine privative de liberté demeure « *capitis diminutio* », faisant du détenu un être diminué, asservi et privé de droits<sup>11</sup>.

Les prémices de la reconnaissance de droits au détenu est la décision rendu par la CEDH du 8 mars 1962 Ilse Koch contre RFA dans laquelle il est établi que la détention ne prive pas la personne détenue des droits énoncés dans la convention.

Mais en France ce n'est qu'à partir des années 1970 que la qualité de détenu n'excluant pas celle de sujet détenteur de droits est admise. Une évolution formulée par le Président de la République Valéry Giscard D'Estaing qui énonçait : « la prison, c'est la privation d'aller et venir et rien d'autre ». Des droits sont dès lors progressivement reconnus aux personnes détenues : en 1974 les conditions de détention sont assouplies (autorisation de correspondre, de fumer, de lire la presse), est reconnu le droit de vote aux personnes détenues. En 1983 elles sont autorisées à porter des vêtements civils, en 85 la télévision en cellule, en 1987 l'obligation de travail pénitentiaire est supprimée. En 1999 sont créés les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Un ensemble de droit les dotant d'un statut juridique qui reste cependant partiel. En effet un écart perdure entre la capacité de jouissance et la capacité d'exercice des droits dont les détenus sont titulaires, en raison notamment de la détention.

---

<sup>11</sup> Rapport Groupe 9. L'administration pénitentiaire et le droit des personnes détenues. Option d'approfondissement. Paris : Ecole Nationale d'Administration, 2011, 51p.

Le cadre juridique français a évolué afin de consacrer le changement de statut du détenu et la reconnaissance de ses droits. Le droit pénitentiaire français a pour double particularité de s'être construit sous l'effet de mouvements de balancier entre velléités humanistes et préoccupation sécuritaire. Au terme de ce processus de plus d'un demi-siècle, la loi du 24 novembre 2009 constitue une avancée à plusieurs titres. Tout d'abord elle rétablit la hiérarchie des normes en élevant les normes pénitentiaires au niveau législatif, conformément à l'article 34 de la Constitution. Ensuite en introduisant un chapitre consacré aux droits et devoirs des personnes détenues, elle s'inscrit dans un cycle long d'amélioration de l'accès aux droits des personnes détenues et de développement des contrôles externes.

C'est à plusieurs titre, en tant que personne humaine, en tant que citoyen et en tant qu'usager des services publics, y compris du service public pénitentiaire, que les personnes détenues détiennent des droits substantiels et procéduraux. Il convient désormais de connaître l'étendue de ces droits notamment à l'égard du détenu malade.

*Rapport-gratuit.com*  
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

#### ***b. Le droit à la santé.***

Une nouvelle conception de la prison tend à prévaloir, l'idée que les détenus restent des citoyens et qu'ils sont en tant que tels, titulaires de droits qui doivent être aménagés en raison de la détention. La référence au principe de dignité contribue à l'enracinement de ces droits en leur donnant un fondement moral et théorique qui renforce leur impérativité.

Les détenus disposent ainsi de droits substantiels mieux protégés, notamment des droits fondamentaux dont fait parti le droit à la santé.

Le droit à la santé est protégé au niveau européen, le juge de la CEDH mettant à la charge de l'administration pénitentiaire de protéger la santé physique du détenu et de contrôler la compatibilité entre l'article 3 de la Convention<sup>12</sup> interdisant la torture, et une mesure d'isolement ou même le maintient en détention d'une personne dont l'état de santé est critique. La Cour Européenne des droits de l'homme contrôle aussi la compatibilité des conditions de détention, voire de la détention elle-même, avec l'état de santé d'une personne âgée ou handicapée. Enfin, elle contrôle l'impact de l'environnement de l'établissement pénitentiaire sur la santé des personnes détenues.

---

<sup>12</sup> Article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme ; « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.* »

Au niveau national, le juge administratif joue un rôle décisif, notamment en condamnant l'état pour conditions de détention non conformes au respect de la dignité d'une personne détenue souffrant d'un handicap. Ce fut le cas dans l'arrêt rendu par la Cour d'Administrative d'Appel (CAA) de Douai le 20 mai 2010 M. V. Mais aussi concernant les extractions médicales dont les mesures prises ne seraient pas proportionnelles à la dangerosité du détenu, ou encore l'atteinte à la confidentialité de la consultation (CE section française de l'OIP 30 mars 2005).

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 marque une rupture pour la santé en prison, et parallèlement une avancée considérable en transférant l'ensemble de la mission de santé publique en établissement pénitentiaire au secteur public hospitalier, et en posant le principe d'une équivalence de qualité et de continuité des soins au sein de la prison et à l'extérieur.

Ainsi la ligne tracée par le Conseil de l'Europe se traduit par l'idée que le détenu malade serait un patient comme les autres. En effet le Conseil affirme que les « les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique »<sup>13</sup>. Les détenus doivent dès lors bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins et des mêmes droits que le reste de la population en matière de santé : les détenus malades disposent donc des droits des personnes malades.

Il convient dès lors d'étudier dans quelle mesure les personnes détenues malades accèdent à leur droit à la santé.

## **B. La mise en œuvre d'une qualité et continuité de soins équivalente pour l'ensemble de la population.**

La loi du 18 avril 1994 marque un avant et un après dans la prise en charge de la santé des détenus. En effet avant qu'elle n'intervienne, les mesures de santé étaient très inégalement assurées dans les établissements pénitentiaires. Les moyens matériels et humains manquaient de sorte que les détenus n'étaient ordinairement pas hospitalisés dans des établissements de droit commun, mais à Fresnes ou aux Baumettes, seuls établissements équipés alors. Les

---

<sup>13</sup> Règles pénitentiaires relative relatives à l'organisation des soins de santé en prison de la règle n°40.1 à n°40.5

praticiens exerçant en prison étaient des vacataires « prisonnés », et les médicaments étaient distribués sous forme de fiole<sup>14</sup>.

Le grand mouvement d'ouverture de la prison sur le monde extérieur et les transferts de compétences qui en découlent vers les ministères ou professionnels compétents se manifestent de manière particulièrement sensible dans le domaine des soins marquant les années 90. Dès lors, le droit commun sanitaire se voit entrer partiellement dans le champ carcéral. Chaque prison se voit passer une convention avec l'hôpital local afin que les soins des détenus soient réalisés par de véritables personnels indépendants et hospitaliers. Ainsi la réforme des soins en milieu pénitentiaire (1) intègre le détenu malade dans le système général de santé (2).

### **1. La réforme des soins en milieu pénitentiaire permettant l'accès aux soins.**

Les détenus sont privés de liberté mais conservent leurs droits fondamentaux en particulier leur droit à la santé. Ils doivent bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins et des mêmes droits que le reste de la population. La population carcérale est une population vulnérable dont l'état de santé est fragilisé par la précarité qui précède l'incarcération. La mise en détention rompt les liens sociaux et favorise les troubles psychologiques. De plus le détenu est placé en collectivité au cours de son incarcération. A l'origine se sont des raisons de santé publique et la prévention des maladies contagieuses qui ont justifié les mesures sanitaires proposées à l'admission du détenu. Initialement placée sous le contrôle de l'administration pénitentiaire, la protection de la santé en prison a été organisée par la loi du 18 janvier 1994 qui a constitué un progrès considérable, les soins des détenus relevant désormais du ministère de la Santé. Les dispositifs progressivement mis en place ont pour ambition d'intégrer les personnes détenues dans le système général de santé en leur permettant d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre, au travers du service public hospitalier.

Il convient de connaître le cadre juridique de cette prise en charge sanitaire (a), avant d'étudier l'organisation du dispositif (b).

---

<sup>14</sup> file:///C:/Users/Manon/Downloads/administration-penitentiaire-et-droit-des-personnes-detenu%20(1).pdf

*a. Cadre juridique de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral.*

Quatre lois organisent la prise en charge sanitaire des personnes détenues par des personnels du ministère de la Santé au sein des établissements pénitentiaires. Ces lois se sont vues précisées par de multiples dispositions réglementaires. Ces dispositions légales couvrent des problématiques complexes dans tous les domaines de la prise en charge notamment l'accès aux soins, ainsi que son financement.

Avant tout la loi du 18 janvier 1994 transfère la responsabilité et la tutelle des soins, jusque-là dévolue à l'administration pénitentiaire, vers le service public hospitalier, faisant ainsi entrer les hôpitaux dans les prisons. Elle rend obligatoire l'affiliation à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale pour toute personne détenue. Enfin elle introduit une véritable éthique des soins en détention et l'affirmation de l'égalité des droits aux soins des personnes incarcérées.

Cet aspect a été renforcé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades qui énonce qu'une suspension de peine peut être ordonnée pour les condamnés atteints d'une pathologie qui engagerait le pronostic vital.

La loi du 21 juillet 2008, modifiée par la loi du 21 juillet 2009, et reprise à l'article L 6112-1 CSP confère au service public de la santé, notamment les établissements de santé, la prise en charge des soins aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier, ainsi que les soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. Le 7<sup>ème</sup> alinéa de l'article L 6112-1 CSP<sup>15</sup> lui confère également les actions d'éducation et de prévention pour la santé.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009<sup>16</sup>, si elle n'apporte pas de véritable innovation, elle entérine cependant la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'homme et du Conseil d'Etat. Tout d'abord l'article 46 reprend le dispositif prévu par la loi de 94 et indique que la prise en charge de la santé des personnes détenues est assurée par le service public hospitalier dans les conditions prévues par le code de la santé publique et dispose que « *la qualité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à*

---

<sup>15</sup> L 6112-1 CSP « *Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :[...] Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret.* »

<sup>16</sup> LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

*celles dont bénéficie l'ensemble de la population* ». Elle précise divers points concernant la prise en charge des personnes détenues, notamment le bilan de santé proposé à la personne détenue. Ce bilan, relatif à la consommation de produit stupéfiants, d'alcool et de tabac, est effectué à titre préventif et reste confidentiel<sup>17</sup>. Cette loi précise le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation<sup>18</sup>. Enfin elle entérine la prise en charge de la santé des personnes détenues, assurée par le service public hospitalier dans les conditions prévues par le code de la santé publique, ainsi que la qualité et continuité des soins qui doivent être garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. Une prise en charge adaptée aux besoins des femmes enceintes est précisée, qu'elles soient accueillies dans un quartier pour femmes détenues ou dans un établissement dédié<sup>19</sup>. A cet égard, tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entrave et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues<sup>20</sup>. Enfin la loi précise aussi le droit pour toute personne détenue se trouvant dans une situation de handicap de désigner un aidant de son choix<sup>21</sup>.

Dans ce cadre juridique, de nombreuses dispositions réglementaires viennent préciser ces textes législatifs, notamment les circulaires interministérielles du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, et du 21 juin 2012 qui définit le cadre et les limites du partage d'informations entre les professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire et ceux de la Direction Administratives Pénitentiaire (DAP) et de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ) et précise les modalités de participation des professionnels de santé à la commission disciplinaire unique.

---

<sup>17</sup> Article 51 LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire : « *Il est proposé à la personne détenue, lors de son incarcération, un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac. Ce bilan, effectué à titre préventif, dans un but de santé publique et dans l'intérêt du patient, reste confidentiel.* »

<sup>18</sup> Article 45 LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire : « *L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique.* »

<sup>19</sup> Article 47 LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire « *Une prise en charge sanitaire adaptée à leurs besoins doit être assurée aux femmes détenues, qu'elles soient accueillies dans un quartier pour femmes détenues ou dans un établissement dédié.* »

<sup>20</sup> Article 52 LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire « *Tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues.* »

<sup>21</sup> Article 50 LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire « *Toute personne détenue se trouvant dans la situation de handicap prévue par l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique a le droit de désigner un aidant de son choix. L'administration pénitentiaire peut s'opposer au choix de l'aidant par une décision spécialement motivée.* »

Au fil des réformes, l'organisation des soins en prison s'est construite autour de différentes structures avec une séparation entre les soins hors psychiatrie et les soins psychiatriques, ces derniers n'étant pas abordés dans cette étude.

***b. Organisation du dispositif d'accès aux soins.***

L'accès aux soins des personnes détenues s'organise de sorte à faire entrer l'hôpital au sein des prisons. En découle la création d'un dispositif précis et adapté.

La loi du 18 janvier 1994 envisage le couplage de chaque établissement pénitentiaire avec un établissement hospitalier qui assure l'intégralité de la prise en charge sanitaire, au sein de l'établissement pénitentiaire, dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur, garantissant ainsi un accès aux soins équivalent à celui de tout citoyen<sup>22</sup> (article D.368 et D.369 Code de Procédure Pénale).

Reprenant le dispositif de couplage de la loi de 94, la loi de 2009 confirme qu'un protocole définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir dans les établissements pénitentiaires<sup>23</sup>. Ce protocole est signé notamment par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné. Ce protocole définit précisément les moyens humains et matériels mis à la disposition des personnes détenues au sein de l'établissement pénitentiaire et précise les obligations des personnels de santé. Il comprend également les modalités de mise en œuvre des activités de prévention et d'éducation pour la santé, la composition de l'équipe de soins et l'aménagement et l'équipement des locaux.

---

<sup>22</sup> Article D368 du Code de procédure pénale ; « *Les missions de diagnostic et de soins en milieu pénitentiaire et la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier, dans le cadre d'une unité de consultations et de soins ambulatoires, conformément aux dispositions des articles R. 711-7 à R. 711-18 du code de la santé publique.* »

<sup>23</sup> Article D369 du Code de procédure pénale : « *En application des dispositions de l'article R. 711-10 du code de la santé publique, les modalités d'intervention de l'établissement public de santé mentionné à l'article R. 711-7 du même code sont fixées par un protocole signé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur régional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné, après avis du conseil d'administration. Il en est de même en ce qui concerne les modalités d'intervention de l'établissement de santé éventuellement désigné en application de l'article R. 711-9 du code de la santé publique. Dans ce cas, le directeur de l'établissement public de santé mentionné à l'article R. 711-7 est également signataire de ce protocole complémentaire.* »



Ce couplage prison/hôpital se traduit par une commission régionale Santé-Justice qui se réunit au moins une fois par an dans chaque direction interrégionale pénitentiaire, et au niveau local un comité de coordination est mis en place. Cette coordination Santé Justice, au-delà de la communication informelle établie au quotidien entre les personnels soignants et pénitentiaire, repose sur une Commission santé, composée des équipes soignantes, du chef d'établissement et, pour les détenus mineurs, des services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et de l'éducation nationale.

Chaque établissement pénitentiaire étant rattaché à un hôpital de proximité avec lequel il signe une convention, est créé dans chaque établissement une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA). L'UCSA est un service annexe de l'hôpital comprenant un plateau technique et une mise à disposition de personnels infirmiers et de praticiens. Un médecin-chef de service assure le fonctionnement, dispense les soins somatiques, distribue les prescriptions médicales, prend les rendez-vous des consultations spécialisées qui ont lieu dans l'établissement hospitalier de proximité et prévoit les hospitalisations. Quatre grands axes de mission pour les UCSA :

- Les soins en milieu carcéral ; prestations de médecine générale, fourniture de produits à usage médical, les soins infirmiers, etc.
- L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé de proximité des consultations et examens nécessitant le recours à son plateau technique ou hospitalisation urgente ou de courte durée.
- La préparation du suivi sanitaire à la sortie
- La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et l'élaboration d'un programme annuel et pluriannuel.

Lorsque les examens et les soins ne peuvent pas être délivrés en milieu carcéral, il revient à l'établissement de santé conventionné d'organiser la prise en charge sanitaire, que se soit pour une consultation, un examen spécialisé ou une hospitalisation. Il s'agit de mettre en place une structure d'accueil à l'extérieur du lieu de détention, dans les hôpitaux de proximité, avec des chambres sécurisées.

Les hospitalisations somatiques<sup>24</sup> d'urgence ou de courte durée ont lieu dans le centre hospitalier de rattachement des UCSA. Concernant les hospitalisations d'urgence, c'est au

---

<sup>24</sup> Les hospitalisations somatiques sont relatives au corps par opposition aux hospitalisations psychiatriques relatives au psychique.

médecin du service d'accueil de traitement des urgences que revient la décision d'hospitalisation, après consultation du médecin de l'UCSA si possible. Les hospitalisations de courte durée, sont normalement programmées et sont de moins de 48 heures. Elles sont réalisées dans l'établissement de santé conventionnée, dans des chambres sécurisées sauf cas exceptionnel. Leur aménagement est défini par le cahier des charges joint à la circulaire interministérielle du 13 mars 3006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé. La garde de ces chambres est assurée par les forces de l'ordre.

Lorsque la durée de l'hospitalisation se prolonge, il est préconisé d'organiser un transfert vers une Unité Hospitalières Sécurisées Interrégionale (UHSI).

Ce service public hospitalier permet aux personnes malades d'être intégrées dans le système général de santé. Mais la loi du 18 janvier de 1994 ne s'arrête pas là, en effet est accordé également une couverture sociale aux détenus ainsi qu'à leurs ayant droit.

## **2. Les personnes détenues intégrées dans le système général de santé.**

La loi du 18 janvier 1994 a prévu l'affiliation des détenus et de leur ayant droit au régime général de la sécurité sociale dès le premier jour de leur détention (a). Leurs dépenses de soins sont à ce titre intégralement prises en charge pendant l'incarcération (b). Ainsi les détenus disposent d'une protection sociale et bénéficient des prestations en nature. Demeurent néanmoins des dépenses de santé à leur charge à défaut d'une complémentaire de santé (c).

### ***a. La couverture sociale automatique des détenus.***

Dès leurs incarcération, les détenus sont affiliés aux assurances maladies et maternité du régime général de la sécurité sociale, quel que soit leur âge, leur situation pénale et administrative, prévenu ou condamné, et le régime dont ils dépendaient avant leur incarcération. L'affiliation au régime général d'assurance maladie permet aux détenus assurés de bénéficier de la prise en charge de leurs dépenses médicales liées à la maladie et à la maternité. L'affiliation de la personne détenue permet également à ses ayants droits d'être

couverts et de bénéficier des prestations en nature de ce régime s'ils ne sont pas assurés à titre personnel.

Le détenu assuré bénéficie ainsi des prestations en nature des assurances maladies et maternité, tous les soins liés à une maladie ou une grossesse sont couverts par la sécurité sociale, dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur du milieu carcéral.

***b. Une prise en charge intégrale des détenus.***

En principe le remboursement de la sécurité sociale ne couvre pas la totalité des frais médicaux, une partie des dépenses demeurant à la charge des assurés comme le ticket modérateur qui n'est pas remboursé par l'assurance maladie, le forfait hospitalier au titre de l'hébergement et l'entretien consécutifs à l'hospitalisation, la participation forfaitaire et la franchise médicale. Néanmoins les détenus, mais pas leur ayants droits, sont pour leur part pris en charge intégralement. Ils sont dès lors exonérés du ticket modérateur et du forfait hospitalier dont le paiement revient à l'administration pénitentiaire. Il en est de même pour la participation forfaitaire, qui est applicable aux détenus mais dont la prise en charge est faite par l'Etat. Il avait été prévu qu'une participation pouvait être demandée aux détenus assurés ou à leurs ayants droit disposant de ressources suffisantes, mais à défaut de textes d'application, cette disposition n'a jamais été mise en œuvre.

En pratique les personnes détenues disposent d'une dispense d'avance de frais totale pour les soins réalisés à l'UCSA, lors d'une hospitalisation ou en consultation externe hospitalière ; la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) paie directement les frais à sa charge aux professionnels de santé, et l'administration pénitentiaire règle à l'établissement de santé les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie. Les détenus n'ont donc aucune avance à faire, exception faite de dépenses qui ne sont pas prise en charge par l'assurance maladie.

***c. Les dépenses non prise en charge par l'assurance maladie.***

Certaines dépenses de santé restent néanmoins à la charge de la personne détenue comme les appareillages, les prothèses, les actes, traitements et interventions chirurgicales. Des dépenses qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie tout comme les dépassements d'honoraires des médecins, des laboratoires d'analyse ou des examens radiologiques pour les soins effectués dans le cadre d'une permission de sortir ou d'une



mesure d'aménagement de peine. Si le détenu n'est pas affilié à un régime complémentaire, c'est sur un compte nominatif que sera prélevée la part restante à sa charge. Pour les prothèses dentaires, auditives ou optiques (verres et lunettes) prescrites ou proposées par l'UCSA, il est nécessaire, comme à l'extérieur, de demander l'accord préalable de l'assurance maladie pour savoir si elle acceptera de prendre en charge la dépense.

Les détenus peuvent adhérer à un organisme de protection sociale complémentaire tel que mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise d'assurance, cela permet une meilleure prise en charge des dépenses de santé. Ils disposent notamment d'aide pour adhérer à une complémentaire ; l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou encore bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Le détenu malade est un patient comme les autres, ainsi il est possible de résumer l'objectif consacré par le Conseil de l'Europe, qui affirme que « les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique ». Une ambition qui se veut affirmée par la loi du 18 janvier 1994 qui vise pour les personnes détenues une « qualité et une continuité des soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population ».

Si en ce sens, d'importants progrès ont été accomplis, l'objectif n'a jamais été véritablement atteint, tant les pressions sécuritaires affectent le corps médical dans l'exercice de son art. Les conditions de prise en charge de la santé physique et psychique des personnes détenues continuent de relever en bien des points d'un traitement particulier. Malgré les efforts effectués, de nombreux rapports ont dénoncé la situation des détenus et ont montré que les améliorations voulues par le législateur se heurtent à une difficile conciliation entre un objectif sanitaire et un objectif sécuritaire.

## **Partie II.**

### **Une détention attentatoire aux droits fondamentaux de la personne malade.**

Les détenus doivent comme tous les usagers du système de santé bénéficier de l'accès aux soins dans les conditions prévues à l'article L 1110-5 du CSP qui énonce que « toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées ».

L'accès aux services de santé, largement respecté comme un droit en prison, n'en est pas pour autant nécessairement équivalent à l'accès en milieu libre. Ainsi il convient de connaître la qualité des soins dispensés en prison qui n'est pas indépendante du fonctionnement de cette institution et des différents acteurs qui portent ce fonctionnement. Il s'agira ici d'évaluer l'accès « qualitatif » aux soins des personnes détenues ou encore leur « niveau » de soins. En effet la détention, et donc la situation de vie des personnes détenues, affecte leur accessibilité aux soins, qui ne peut être similaire à celui en milieu libre.

L'utilisateur du système de santé a le droit au respect de sa dignité (A), le droit de prendre une décision médicale éclairée (B) et le droit au respect de sa vie privée (C). C'est à l'ensemble de ces droits fondamentaux de la personne malade que la détention porte atteinte.

#### **A. L'incompatibilité entre détention et respect de la dignité humaine.**

La transposition de la dignité dans le domaine du droit pénal et notamment dans l'univers carcéral marque un tournant en matière de philosophie pénale. Les conceptions de la prison, du délinquant et de son traitement ont subi de profondes transformations au cours de l'histoire. A l'origine le domaine de la dignité s'articule autour d'un espace démocratique dans le règne des droits fondamentaux. Un des axes essentiels du Conseil de l'Europe est

ainsi représenté par la Convention européenne des droits de l'homme dont l'article 3 prohibe des peines dégradantes et humiliantes. Cet article dispose : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. » et affirme implicitement comme incompatibles la peine de mort et la dignité humaine.

Aujourd'hui l'articulation entre le respect des droits du détenu, d'une part, et les conditions et nécessités de gestion inhérentes aux établissements pénitentiaires français d'autre part, sont des questions qui demeurent ouvertes. Comment concilier deux exigences pour garantir de manière effective l'exercice des droits des personnes détenues, alors même que ces dernières sont *de jure* et *de facto* dans une relation asymétrique vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.

Il convient d'analyser en quoi la détention (1) porte atteinte au respect de la dignité de la personne humaine, ainsi que les conditions d'accès aux soins (2).

### **1. Des restrictions d'accès aux soins portant atteinte à la dignité des détenus.**

La CEDH engage les Etats démocratiques dans une action dynamique pour défendre la vie humaine dont la dignité signifie le caractère sacré de la personne. Dans son arrêt du 27 septembre 1995 *Mac Cann et autres c. Royaume-Uni*, elle interdit à l'Etat non seulement de donner la mort intentionnellement mais commande de prendre toute mesure nécessaire pour protéger la vie de toute personne relevant de sa juridiction. Un autre arrêt est très significatif sur ce dernier point<sup>25</sup>. Il s'agit de l'affaire *Keenan contre Royaume Uni*, un jeune détenu, atteint de maladie mentale, s'est suicidé pendant son isolement cellulaire. Sa mère en déduit une faute des autorités pénitentiaires de ne pas avoir pris les mesures nécessaires pour protéger la vie de son fils. Car selon l'article 2 de la CEDH, il incombe, comme obligation à l'Etat, de protéger la vie de tout citoyen dont celle des détenus<sup>26</sup>.

En prison la dignité de la personne malade doit être respectée, la loi pénitentiaire le rappelle art L 1110-2 « la personne malade a droit au respect de sa dignité ». Mais ce droit au respect de la dignité humaine s'entend d'une part d'une garantie de l'accès aux soins, souvent mis à mal (a), et d'autre part dans les conditions dans lesquelles cet accès est mis en œuvre (b).

---

<sup>25</sup> Sabine Boussard (sous la direction). Les droits de la personne détenue. Paris : Dalloz, 2013.341p. Thèmes et commentaires.

<sup>26</sup> Bien qu'en l'espèce la Cour a estimé que les autorités ne semblent pas avoir négligé une mesure nécessaire pour empêcher le suicide.

*a. Des restrictions d'accès communes au milieu libre et d'autres spécifiques au milieu carcéral.*

Il existe des inégalités très fortes en France entre les régions relatives à l'accès aux soins, de la même manière cette inégalité se constate en fonction des territoires et en fonction des établissements s'agissant des soins dont bénéficient les détenus. Un rapport d'évaluation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) rendu en juin 2001 a mis en avant l'existence d'importantes disparités en termes d'effectifs de personnels médicaux au sein des établissements pénitentiaires<sup>27</sup>. Une disparité qui affecte les détenus.<sup>28</sup>

Ainsi le phénomène de file d'attente existant en milieu libre pour accéder à certaines spécialités se retrouve, et ce de façon plus accentuée, dans la population carcérale. Il est extrêmement difficile d'avoir accès à certaines spécialités, notamment les ophtalmologues et les dentistes<sup>29</sup>. Le rapport de l'Observatoire International des Prisons constatait en 2011 à titre d'exemple qu'au centre de détention de Bapaume les consultations ont lieu à l'hôpital avec une attente de dix à douze mois, aucun ophtalmologue n'assurant des vacations. A la maison d'arrêt de Strasbourg, le spécialiste n'intervient qu'une fois par mois pour 860 détenus. Une pénurie inquiétante sachant que l'incarcération a des conséquences dramatiques sur la vue des détenues en raison de l'insuffisance de l'éclairage et l'absence d'horizon. A titre de deuxième exemple les soins psychiatriques relèvent le même constat : de nombreux postes de psychiatres sont vacants selon le rapport d'information rendu en 2009 par MM. E. Blanc et J.-L. Warsmann.

Aux difficultés classiques relatives à la pénurie de médecins spécialistes s'ajoutent des difficultés spécifiques liées à la détention.

L'accès au médecin présent dans l'établissement n'est pas évident en milieu carcéral. Cet accès peut être subordonné à une demande écrite des détenus adressée notamment au personnel infirmier. Cependant nombreux sont les détenus qui ne savent pas écrire, et ne veulent pas avoir recours à un codétenu pour formuler leur demande. Dans certains établissements un document est remis aux arrivants dans lequel les différents personnels de

---

<sup>27</sup> Rapport d'évaluation : L'organisation des soins aux détenus, Juin 2001. Disponible sur [https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_FATOME\\_Juin\\_2001\\_L\\_organisation\\_des\\_soins\\_aux\\_detenus.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_FATOME_Juin_2001_L_organisation_des_soins_aux_detenus.pdf)

<sup>28</sup> Voir annexe 3

<sup>29</sup> Voir annexe 3

soins tels que l'infirmière, le médecin ou le psychiatre, sont représentés par des pictogrammes, permettant au détenu ne sachant pas écrire de cocher la case correspondant à son besoin. D'autre part cette demande d'accès aux soins est susceptible de ne pas être transmise assez rapidement par les surveillants.

Concernant l'accès aux médecins et aux services médicaux, la question se complique quand il s'agit de soins situés hors de l'établissement du fait de la difficulté d'organiser les extractions médicales. Elles sont particulièrement coûteuses, 1300 euros en moyenne en Ile de France selon le rapport d'information rendu en 2009<sup>30</sup>. Cela se comprend en raison du nombre important d'agents mobilisés pour la gestion des extractions. En raison du coût et des difficultés d'organisation une demande de sortie par un médecin de l'UCSA est l'objet de négociation avec le directeur de l'établissement pénitentiaire. De nombreux examens médicaux sont ainsi reportés à défaut d'escorte et ces annulations incitent les établissements hospitaliers à la réticence s'agissant d'un patient susceptible d'être annulé à la dernière minute. Ces problèmes sont encore plus fréquents pour les détenus particulièrement signalés, qui mobilisent des escortes plus importantes.

D'un point de vue de l'insuffisance de personnels médicaux et donc du recrutement en milieu carcéral, les postes proposés, généralement à temps partiel, sont loin d'être attractifs. Les contraintes d'exercices en détention sont importantes et ne sont pas compensées par l'intérêt du travail qui se veut répétitif. Enfin les perspectives d'évolution de carrière sont faibles en raison du peu de place de médecin-chef.

***b. La garantie de l'accès aux soins limitée par l'absence de permanence médicale.***

L'accès aux soins est une garantie due aux détenus malades comme vu précédemment, cependant la question se pose d'une accessibilité aux soins la nuit et le week-end dans le milieu carcéral. Alors que des gardes sont assurées en milieu libre, permettant une garantie et une continuité des soins, il est constaté une absence de permanence médicale en milieu carcéral. Un témoignage appui ces propos ; un détenu de la Maison d'arrêt de Bois D'arcy frappant à la porte de sa cellule poussé par la douleur et ce jusqu'à deux heures du matin en

---

<sup>30</sup> Rapport d'information n°1811 du 8 juillet 009 de MM. E. Blanc et J.-L. Warsmann., préc., p35.



demandant une consultation. Il devra néanmoins attendre jusqu'au lendemain l'ouverture de l'UCSA.<sup>31</sup>

Malgré l'obligation de permanence des soins par la loi de 1994, il n'est pas prévu par les UCSA de permanence en dehors de leurs heures d'ouvertures, sauf exceptions concernant les grands établissements pénitentiaires. Ainsi lorsque l'UCSA de l'établissement pénitentiaire est fermée, plus ou moins entre 18 heures et 8 heures le lendemain matin en semaine, et le weekend, il revient au surveillant gradé de permanence d'appliquer les directives prévues par le protocole signé avec l'hôpital de proximité. De façon générale il est prévu qu'en cas d'urgence le gradé contacte le centre de réception et de régulation des appels du Samu. Les personnels pénitentiaires de permanence peuvent intervenir soit à la demande de la personne détenue, soit de leur propre initiative, soit à la suite d'une alerte donnée par toute autre personne, notamment un codétenu.

Il est constaté qu'en pratique ce dispositif n'est pas toujours appliqué, pourtant la personne détenue doit en principe avoir la possibilité de communiquer directement par téléphone avec le médecin régulateur du centre 15, afin que celui-ci évalue le niveau d'urgence et décide d'une hospitalisation, ou envoie sur place l'intervenant jugé le plus compétent au vue des circonstances ; Samu, pompiers, médecin d'astreinte, médecin de ville. Si le médecin régulateur estime que le patient doit être hospitalisé, il décide du moyen de transport le plus adapté, sachant que l'extraction sera néanmoins effectuée sous escorte. Ce dispositif n'organise que la prise en charge des interventions urgentes, les autres consultations étant renvoyées aux heures d'ouverture de l'UCSA. Mais un autre problème se pose : les interventions de nuits pour urgence médicale sont souvent compliquées en raison de l'effectif restreint des surveillants, l'espacement des rondes et le fait que seul le surveillant gradé détient la clé des cellules. Une autre difficulté s'entend des délais d'intervention des services d'urgence considérablement allongés lorsqu'il est nécessaire de contacter le gradé à son domicile pour ouvrir une cellule.

Enfin les conditions d'accès aux soins en milieu carcéral, sont elles aussi attentatoire à la dignité humaine.

---

<sup>31</sup> Voir annexe 3

## **2. Des conditions d'accès aux soins portant atteinte à la dignité du détenu.**

Au regard du principe de dignité deux questions se sont plus particulièrement posées quant à la détention : la première relative aux conditions du traitement médical (a), la deuxième étant liée à l'incompatibilité de l'incarcération avec l'état de la santé (b).

### *a. Les entraves et les menottes attentatoires au principe de dignité.*

Le détenu malade doit avoir accès aux consultations et suivre son traitement dans des conditions respectant le principe de dignité et l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme relatif à l'interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants. Les exigences de sécurité liées aux extractions et sorties médicales et les moyens mis en œuvre pour empêcher les tentatives d'évasions à ces occasions, ont fait naître des difficultés. La France a d'ailleurs été condamnée par la Cour européenne à de nombreuses reprises.

L'escorte et la garde des détenus hospitalisés ont fait l'objet d'un transfert de compétence du ministère de l'Intérieur à celui de Justice le 1<sup>er</sup> janvier 2011, de sorte qu'elles sont censées être désormais assurées par des personnes pénitentiaires. Toutefois en pratique les gardes statiques à l'hôpital peuvent encore être assurées par les forces de l'ordre. Le dispositif de sécurité est décidé par le directeur de l'établissement pénitentiaire, ou un chef de service ayant reçu délégation. Les personnes détenues peuvent être menottées et/ou entravées, et éventuellement soumises au port d'une chaîne d'accompagnement reliée aux menottes. Néanmoins de telles mesures sont censées être prise au cas par cas, « en considération de la dangerosité du détenu pour autrui ou lui-même, des risques d'évasion et de son état de santé » selon l'article 803 du Code de procédure pénale. Elles doivent être adaptées et proportionnées, prenant en compte l'état de santé du détenu, et ne pas occasionner de douleurs supplémentaires au détenu malade. Le médecin de l'UCSA peut indiquer s'il existe une contre-indication médicale au port de menottes ou d'entraves, dans le cas de fracture au poignet ou à la cheville. Mais en pratique les personnes détenues sont systématiquement menottées, sans distinction de leur dangerosité ni prise en compte de leur état de santé.

Ainsi dans l'arrêt *Mouisel contre France*, rendu le 4 novembre 2002, un détenu sur lequel avait été diagnostiquée une leucémie lymphoïde était traité en hospitalisation de jour. Lors de ces transports il était enchaîné alors que le médecin de l'UCSA avait reconnu l'existence

d'une contre-indication médicale au port d'entraves. La cour en l'espèce a considéré que le port de menottes était disproportionné par rapport aux risques sécuritaires.

Le choix du dispositif de sécurité peut faire l'objet d'une contestation devant le juge administratif. Il peut être saisi dans le cadre d'un référé en vue de prévenir ou de faire cesser l'atteinte au droit à la dignité humaine. Jusqu'ici le Conseil d'État considère que la présence d'un surveillant pénitentiaire dans la salle d'examen ne suffit pas, « dès lors que la confidentialité des soins est respectée », à provoquer un traitement inhumain et dégradant (CE, 24 juillet 2009). Il est également possible de solliciter du juge la réparation du préjudice subi du fait des conditions d'hospitalisation : ainsi le fait de soumettre un détenu au port d'une chaîne d'accompagnement en plus du port des menottes et de le maintenir menotté pendant l'examen pratiqué en présence de personnels pénitentiaires, a été considéré comme inadapté et injustifié s'agissant d'un détenu qui avait bénéficié d'une permission de sortie quelques jours plus tôt et qui se trouvait à moins d'un an de sa fin de peine. Le Tribunal Administratif d'Amiens a considéré le 4 février 2010 qu'une faute avait été commise de nature à engager la responsabilité de l'état. De même il a été considéré par la Cour Administrative d'Appel de Bordeaux le 1<sup>er</sup> mars 2012 qu'une personne placée en rétention administrative entravée alors qu'elle se trouvait dans un état d'affaiblissement et n'avait pas manifesté de « signe de dangerosité pour elle-même et pour autrui », constituait un traitement inhumain au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme de nature à engager la responsabilité de l'administration. Dans l'arrêt Duval rendu le 26 mai 2011, les juges de la CEDH ont estimé comme disproportionné au regard des nécessités de sécurité, l'usage des menottes et entraves lors d'extraction et consultations médicales pour un détenu de soixante et un ans porteur d'une prothèse à la hanche.

Ainsi à plusieurs reprises le Comité de prévention contre la torture du Conseil de l'Europe a estimé que l'examen médical des détenus soumis à des moyens de contrainte, tel que pratiqué en France, constitue une pratique hautement contestable, tant du point de vue de l'éthique que du point de vue clinique. Les détenus en viennent à refuser des soins pour ces raisons. Sur cette question délicate, il faut aussi signaler que les médecins, pour des raisons de sécurité, souhaitent parfois la conservation de menottes ou entraves et la présence du personnel surveillant. En dehors de l'hypothèse où les soins se déroulent dans des conditions susceptibles de porter atteinte à la dignité du patient, il existe aussi des cas dans lesquels la détention est incompatible avec la condition du malade ou le handicap.

*b. L'incompatibilité de la détention avec la condition de détenu malade.*

La dignité du malade et plus généralement de la personne exige que la détention cesse, quand celle-ci est incompatible avec la maladie ou le handicap. La Cour européenne des droits de l'homme a affirmé que le manque de soins médicaux appropriés et, plus généralement la détention d'une personne malade dans des conditions inadéquates peuvent en principe constituer un traitement contraire à l'article 3. Ainsi dans l'arrêt Price contre Royaume-Uni, rendu par la CEDH le 10 juillet 2001 il a été considéré que le fait d'avoir maintenu en détention la requérante, handicapée des quatre membres, dans des conditions inadaptées à son état de santé, est constitutif d'un traitement dégradant. La Cour européenne a, d'ailleurs condamné la France dans un arrêt Vincent du 24 octobre 2006 s'agissant de détention pendant quatre mois, à Fresnes, d'une personne sur fauteuil roulant qui ne pouvait se déplacer par ses propres moyens. Le fait que, pour passer des portes, le requérant doit être porté en attendant que son fauteuil soit démonté puis remonté afin de passer l'embrasure de la porte, peut être considéré comme rabaisant et humiliant. La cour dans son arrêt insiste sur le fait que d'autres établissements mieux adaptés étaient présents dans le secteur.

En dehors des hypothèses dans lesquelles un transfert dans un autre établissement est possible, se pose aussi le problème de la suspension médicale de peine. Cette suspension a été introduite dans le droit français par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Mais étant soumise à des conditions strictes prévues à l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, elle est très difficile à obtenir.

Les conditions strictes imposent que le condamné soit atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital, ou que le condamné soit dans un état durablement incompatible avec la détention pour que la suspension soit prononcée. Cependant la Cour de cassation semble décidée à faire évoluer les choses dans ce domaine ; en effet dans un arrêt du 7 janvier 2009, la Haute juridiction a estimé qu'il appartient à la cour d'appel de vérifier s'il ne résultait pas des deux expertises que les conditions effectives de la détention étaient durablement incompatibles avec son état de santé. Pour les peines prononcées en matière criminelle, l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale prévoit qu'une expertise médicale destinée à vérifier que les conditions de la suspension soient toujours remplies, intervient tous les six mois. Cela peut avoir pour effet de pousser certains patients à arrêter le traitement avant

l'échéance pour être sûrs que leur état ne s'améliore pas trop et ne justifie pas ainsi un retour en prison.

La suspension de peine est aussi ouverte pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital. C'est nécessairement à court terme que le pronostic vital doit être engagé, précise la jurisprudence. La fin de vie entraîne donc la sortie de prison, les soins palliatifs n'étant pas organisé en milieu carcéral. D'après l'OIP et en raison de la longueur des procédures certains mourant restent dans une UHSI ou sont parfois proposés des soins palliatifs, et ce malgré l'existence d'une procédure plus souple en cas d'urgence prévue à l'article 720-1-1 alinéa 2 CPP.

La procédure de suspension médicale de peine ne concerne que les détenus condamnés. Pourtant les détenus se trouvant en détention provisoire disposent d'un recours devant le juge des libertés et des détentions qui n'est pas tenu de prendre en compte leur situation, ainsi que l'article 144 du Code de procédure pénale n'indique pas que l'état de santé doit être pris en compte dans la décision de placement en détention provisoire. Toutefois dans un arrêt rendu le 2 septembre 2009, la chambre criminelle a jugé que l'état de santé devait être pris en compte s'il était incompatible avec la détention. Bien que la chambre criminelle semble tendre vers une obligation de répondre à l'argument lié à l'état de santé de la personne placée en détention provisoire, une modification législative serait sans doute nécessaire pour qu'un tel élément soit systématiquement pris en compte.

L'autre droit fondamental dont bénéficie l'utilisateur du système de santé est celui de prendre une décision médicale éclairée. Le détenu en tant qu'utilisateur de ce système, dispose donc de ce droit ; mais il convient de constater en pratique comment est portée atteinte à ce droit.

## **B. Le droit de prendre une décision médicale éclairée mis à mal.**

Le droit de prendre une décision éclairée regroupe trois droits fondamentaux garantis à la personne malade : le droit à l'information prévu par l'article L 1111-2 CSP, le droit de consentir et donc de choisir librement, énoncé à l'article L1111-4 CSP et le droit d'accéder aux dossiers médicaux, article L 1111-7 CSP. Mais dans le cadre d'une incarcération des atteintes flagrantes sont portés à ces droits. Le droit et l'accès à l'information sont restreints par la détention (1), et le consentement soulève des problématiques linguistiques (2).

## 1. Le droit et l'accès à l'information.

En matière médicale le droit à l'information ne pose pas théoriquement de difficultés en prison, les médecins en relation avec les détenus respectant à l'évidence les obligations qui pèsent sur eux au même titre qu'à l'égard des autres usagers du système de santé comme peuvent en témoigner un détenu et un surveillant pénitentiaire au cours de cette étude.<sup>32</sup> Toutefois une particularité existe en prison, il s'agit du nombre important de personnes détenues qui ne parlent pas ou mal le français et, en tous cas, pas suffisamment pour comprendre une information médicale. De très nombreux détenus ont des difficultés à s'exprimer et donc à expliquer leurs symptômes par absence notamment de maîtrise de la langue. En effet un peu plus de 20% des détenus en France sont de nationalité étrangère.

Soigner les détenus étrangers ne parlant pas français implique souvent de recourir au service d'un traducteur extérieur, parfois par téléphone, ou d'un autre détenu, ce qui limite la possibilité d'instaurer une relation de confiance, et peut porter atteinte au secret médical, surtout dans le dernier cas de figure. Ces pratiques peuvent aussi être à l'origine de déformation plus ou moins délibérées de l'information. Certains médecins ont parfois recours à des pictogrammes pour se faire comprendre des détenus.

Concernant le droit à l'information, l'article 20 du projet de loi pénitentiaire présenté par le gouvernement proposait de limiter ce droit s'agissant des proches du malade. L'article 20 énonçait que « lorsqu'il fait application, en cas de diagnostic ou de pronostic grave sur l'état de santé d'un détenu, des dispositions de l'article L 1110-4 CSP, le médecin n'est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, à la famille, aux proches ou à la personne de confiance, que les seules informations qui ne sont pas susceptibles de porter atteinte à la sécurité des personnes et au bon ordre des établissements pénitentiaires et des établissements de santé ». Cette règle constituait une dérogation à l'article L1110-4 CSP selon lequel en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que ces personnes reçoivent les informations destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient sauf opposition de sa part, ces informations ne pouvant être délivrées que sous la responsabilité du médecin. L'exception était justifiée, selon les explications apportées par le ministère de la Justice, ayant le souci d'éviter la communication à la famille des dates d'hospitalisation ou de fin d'hospitalisation afin de ne pas faciliter les évasions à l'occasion

---

<sup>32</sup> Voir annexe 1 et 3

des transferts du détenu. La Commission des affaires sociales du Sénat s'était cependant étonnée dans son avis rendu le 17 février 2009, il paraissait peu probable et certainement peu fréquent qu'une famille cherche à faire échapper d'un hôpital une personne qui y suit un traitement lourd et nécessaire à sa survie. Le Sénat a donc, en première lecture, supprimé cette disposition.

Concernant l'assurance maladie et en raison d'une mauvaise information, les détenus n'accèdent pas à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), ce qui entraîne un refus de soin puisqu'une prise en charge à 100% n'est pas envisagé. Le directeur pénitentiaire, appelé à statuer sur la décision de pratiquer un acte de soin (prothèse, lunette) peut refuser en raison du fait que le détenu ne dispose pas d'une complémentaire prenant en charge les frais, ou d'un pécule suffisant sur son compte nominatif. Un panel de 29 caisses d'assurance maladie indique qu'en 2008 67% des détenus ne disposaient pas du tout d'une CMU-C. Plusieurs raisons à cela : d'une part les caisses d'assurance maladie ne sont pas informées lors de l'entrée en détention si le détenu est titulaire ou pas de la CMU-C ; d'autre part une faible part des caisses assurent une présentation des droits à la CMU-C lors de l'entrée en détention. Enfin pendant l'incarcération il est difficile d'obtenir les documents nécessaires à la constitution des dossiers CMU-C, les détenus n'ayant pas les documents sur eux. Et comme énoncé précédemment les problématiques de l'illettrisme et de l'analphabétisme des détenus empêchent souvent la constitution du dossier. Enfin le long délai d'affiliation auprès de certains organismes de Sécurité Sociale (SS), le manque d'information des détenus sur leur droits, la mauvaise communication entre les SS et les services de l'administration pénitentiaire (étude des droits à la CMU- C), ces difficultés peuvent avoir des conséquences très dommageables pour les détenus et conduire à des ruptures de droits et donc de soins à la sortie de prison.

Il faut tenir compte aussi de l'accès aux soins du détenu en permission, qui doit normalement disposer de sa carte vitale ou de l'attestation papier établie par la caisse d'assurance. Mais la plupart du temps le détenu sort sans. Dans cette situation les pratiques des professionnels diffèrent, certains demandant au détenu d'avancer les frais médicaux.

Le droit à l'accès au dossier médical ne semble pas soulever de difficultés particulières, excepté les délais d'attentes qui peuvent être long en raison du nombre d'interlocuteurs concernés (UCSA, l'hôpital détenteur du dossier). D'après le contrôleur général des lieux de privation de liberté, ce qui pose problème est plus un accès facilité pour des personnes non

autorisées. Dès lors se sont les questions liées au droit au respect du secret médical qui se posent.

En dehors de ces questions spécifiques, le droit à l'information ne pose pas de difficultés particulières dans les lieux de détention. Cette information est la base d'un consentement qui se doit d'être éclairé, afin notamment d'être libre.

## **2. La liberté du consentement**

L'article L 1111-4 CSP énonce qu' « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* ». En ce qui concerne l'information, primordiale pour qu'un choix éclairé soit fait, des difficultés demeurent, notamment la barrière de la langue, sans que soit porté, de façon virulente, atteinte à l'obligation du médecin d'informer son patient en détention. Mais cette atteinte, aussi minime soit elle, peut influencer sur le choix du patient, si tant est qu'il en est un, et donc sur sa liberté à consentir un acte médical. Le consentement du patient détenu suppose donc le libre choix de son praticien (a) et la possibilité de refuser les soins (b).

### ***a. Le choix du praticien limité par la détention.***

Le libre choix du médecin, inscrit dans le Code de la santé publique à l'article R4127-6 est un principe fondamental de la médecine, et un droit du patient contribuant à la confiance qu'il accorde à son médecin, comme le rappelle l'ordre national des médecins. Mais la détention limite cette liberté de choix dont devrait normalement disposer le détenu.

Seul le détenu bénéficiant d'un placement à l'extérieur sans surveillance, soit d'une semi-liberté ou d'une permission de sortir peut choisir librement son médecin en milieu libre. Les détenus en milieu carcéral fermé sont soignés par le médecin présent le jour de la consultation. Si plusieurs médecins exercent au sein même de l'UCSA, le détenu peut tout de même demander à être suivi par l'un des médecins y exerçant. De façon exceptionnelle le directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent peut autoriser une personne détenue à choisir un praticien n'exerçant pas dans l'établissement pénitentiaire.



Dans ce cas c'est au détenu d'assumer la dépense supplémentaire à la prise en charge de l'assurance maladie, autrement dit le ticket modérateur. Cette absence notoire de liberté de choix du praticien est un manquement au principe d'équivalence des soins en détention et en milieu libre.

***b. Le libre consentement à tout acte médical respecté.***

Hors le cas où l'état de santé du détenu rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel il n'est pas à même de consentir, le détenu doit, conformément aux dispositions de l'article 36 du Code de déontologie médicale, exprimer son consentement préalablement à tout acte médical, et, en cas de refus, être informé par le médecin des conséquences de ce refus.

Si un détenu se livre à une grève de la faim, elle ne peut être traitée sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement si une décision a été prise préalablement avec surveillance médicale. Comme en milieu libre, le détenu patient faisant l'objet d'une hospitalisation dans un établissement de santé dispose de la possibilité de désigner une personne de confiance. Cette dernière sera consultée par le médecin si le patient détenu est hors d'état de manifester sa volonté et de recevoir l'information. Mais en pratique les personnes détenues ne sont pas en connaissance de cette possibilité, il est donc rare qu'une personne de confiance soit désignée. Il arrive même que ceci leur soit refusé pour des raisons de sécurité.

Dès lors le détenu, censé être un patient comme les autres, doit exprimer son consentement avant un acte médical ou un traitement. Cela suppose qu'il ait été clairement informé au préalable. En aucun cas le secret médical ne peut s'opposer au patient lui-même. De façon générale le droit de consentir à l'acte médical est donc respecté, bien qu'il soulève les mêmes difficultés linguistiques, la même pénurie d'information. Néanmoins la problématique du consentement renvoie aussi à toutes les questions susceptibles de se poser dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement et des obligations de soins, questions qui ne sont pas abordées ici.

## **C. Confidentialité et secret médical face à la coopération surveillant/personnel de soin.**

L'article L 1110-4 du Code de la santé publique consacre le droit au secret médical en disposant notamment que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

*Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »*

Si le législateur a souhaité consacrer fortement les droits au respect du secret médical en prison, et la confidentialité des consultations, il a cependant dans d'autres textes apporté aussi des limitations à ceux-ci. En effet la coopération de l'administration pénitentiaire avec l'équipe de soins est susceptible de porter atteinte au secret (1), tandis que l'objectif sécuritaire face à la garantie des soins limite la confidentialité (2).

### **1. Confidentialité des soins et détention**

La confidentialité est définie par l'Organisation Internationale de Normalisation, comme « le fait de s'assurer que l'information n'est seulement accessible qu'à ceux dont l'accès est autorisé ». Pour le patient, la confidentialité est un pacte de confiance et de sécurité établi avec les professionnels de santé. Pourtant, maîtriser un secret collectif est une entreprise délicate. En effet, la rupture de la confidentialité est à l'hôpital d'une part, une réalité de tous les jours, souvent en toute innocence. Toutefois en prison cette rupture n'est pas innocente, mais découle de l'objectif sécuritaire (1). Mais le législateur tend à garantir ce droit dans le milieu carcéral (2).

*a. Une atteinte légitimée par un impératif sécuritaire.*

Les consultations médicales de manière générale doivent se pratiquer dans le respect de l'intimité du patient et de sa vie privée. En détention les consultations qui ont lieu au sein de l'UCSA sont censées respecter cette intimité, et donc se dérouler en l'absence de personnel pénitentiaire afin que soit respectée la confidentialité des soins, et la pratique est souvent<sup>33</sup> mais pas toujours conforme. Théoriquement, les mesures prises pour assurer la sécurité doivent ainsi permettre de préserver la relation singulière médecin-malade.

Mais les locaux de l'UCSA comprennent de petites salles, des bureaux mal insonorisés, et la présence permanente de personnels pénitentiaires ne permettent pas d'assurer la confidentialité des soins. De plus lorsque le patient détenu ne parle pas le français, le recours à un interprète professionnel est possible mais, faute de convention conclue entre l'établissement pénitentiaire et un organisme d'interprétariat, il est plus souvent fait appel à un codétenu ou un surveillant pénitentiaire.

Les difficultés pratiques au respect de la confidentialité sont liées aux conditions de détention ; la promiscuité et les mesures de sécurités. Le passage obligé par un surveillant lors de toute convocation, l'étroitesse et l'insonorisation relative des locaux de soins, les jours de consultations et le nom du médecin qui assure la consultation spécialisée, la prise des traitements en présence des codétenus ou surveillant, sont autant d'éléments qui concourent à la rupture de la confidentialité. On assiste notamment à des transgressions importantes au respect de la vie privée lors des consultations médicales réalisées en dehors de l'établissement pénitentiaire (hospitalisation) avec des surveillants qui assistent souvent aux examens ou à l'entretien avec le praticien, pour assurer le bon déroulement de la visite. Cette présence est attentatoire à l'intimité du détenu et constitue un frein pour le détenu de construire une relation de confiance avec le praticien qui permettrait à ce premier de révéler ses symptômes et ses inquiétudes.

*b. Le respect de la confidentialité consacré par la loi pénitentiaire.*

L'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 dispose que « L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de

---

<sup>33</sup> Voir annexes 1, 2 et 3

la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique » sous certaines réserves liées au partage d'information imposées entre médecin et personnel pénitentiaire. Cet article ne figurait pas à l'origine dans le projet de loi gouvernemental, mais il a été adopté par le Sénat à l'initiative de la Commission des affaires sociales et a eu pour objet de réaffirmer le droit des détenus au secret médical et au secret de la consultation. Une garantie à laquelle l'administration pénitentiaire et les personnels soignants sont soumis.

Par ailleurs un droit à la confidentialité des soins a été consacré pour les femmes mais dans les seules hypothèses d'accouchements et d'exams gynécologiques, puisque l'article 52 dispose désormais « Tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues ». Il paraît regrettable que ce droit n'ait pas été étendu à d'autres hypothèses.

Toutefois il peut être tiré de l'article 45 une consécration d'un droit à la confidentialité des soins, en effet dans son rapport du 8 septembre 2009 sur le projet de loi pénitentiaire, M. le sénateur Nicolas About a considéré que l'interdiction de la présence d'agents pénitentiaires lors d'une consultation ne pouvait être écartée que dans des cas où la sécurité l'exige, cas extrêmement rares et seulement après demande d'un médecin.

Il semble pourtant que la présence du personnel pénitentiaire lors des consultations demeure fréquente, ce que rapporte le contrôleur général des lieux de privation de liberté dans son bilan d'activité 2010. A cela s'ajoute le développement continu de la vidéosurveillance, qui risque de créer d'autres difficultés.

Au delà du respect de la confidentialité, le droit au secret médical est garanti dans les dispositions réglementaire du Code de la santé publique notamment le code de déontologie médicale qui précise que « le secret médical, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ».

## **2. Secret professionnel**

Le transfert de la fonction santé, du ministère de la Justice à celui de la Santé, par la loi du 19 janvier 1994, a permis un meilleur respect du secret médical. Néanmoins la détention en elle-même constitue une limite, en effet la correspondance échangée entre un détenu et son

médecin habituel n'est pas couvert par le secret de la correspondance, si bien que ces courriers sont ouverts et susceptible d'être lus.

Concernant le dossier médical, l'article 45 d'une part, et d'autre par l'article D 375 Code de procédure pénale précise en outre qu'il « est conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé » et que « Seul le personnel soignant peut avoir accès au dossier médical. »

En cas de transfert ou d'extraction vers un établissement hospitalier, les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité. Mais le législateur a cependant apporté dans d'autres textes des limitations au secret médical. D'une part le fonctionnement du cahier électronique de liaison (a) et les échanges d'informations entre personnels de soins et personnels pénitentiaires (b) d'autre part, sont susceptibles de porter atteinte à ce secret.

***a. Le cahier électronique de liaison comme frein au secret médical.***

Le logiciel GIDE (Gestion Informatisée des détenus en établissement) a pour module principal le cahier électronique de liaison (CEL). Ce module est destiné à la prise en charge de la personne détenue et développé à l'attention des agents affectés au sein des différents services des établissements pénitentiaires. Ce cahier constitue un livret de suivi du parcours de la personne détenue, relatif à l'exécution de sa peine, afin de mieux connaître les détenus. Le texte le plus récent relatif à l'existence et au fonctionnement du CEL est le décret du 6 juillet 2011 qui porte sur la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion des détenus en établissement. Dans le CEL figurent des données relatives aux demandes de rendez-vous avec les services médicaux, sans les motifs, les entretiens avec les services médicaux sous la forme d'indication (oui/non/ ne se prononce pas), et les antécédents d'hospitalisation, ou tentatives de suicide.

Bien que l'accès à l'intégralité des données médicales n'est permis qu'aux personnels centraux et déconcentrés de la direction de l'administration pénitentiaire, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) considère que les observations du personnel médical ne doivent pas être retranscrites dans le CEL. Il est prévu que seuls les personnels de surveillance individuellement désignés et spécialement habilités par le chef de l'établissement puissent accéder aux données relatives à la prise en charge du détenu, il est

notamment prévu que l'accès aux données médicales doit faire l'objet d'une habilitation pour les personnels individuellement désignés qui exercent une responsabilité d'encadrement.

Malgré ces précisions, si les médecins acceptent de remplir le CEL, des surveillants peuvent avoir accès à des données couvertes par le secret médical. La commission estime que les observations du personnel de santé relève du secret médical, dès lors leurs retranscriptions constituent une atteinte à ce secret. Seules les prescriptions médicales peuvent y figurer si nécessaire.

Plus que le CEL, c'est le partage d'information naissant au sein des commissions pluridisciplinaire unique (CPI) qui pose aujourd'hui question au regard du respect du secret médical et de la vie privée du détenu.

***b. Le partage d'information entre les personnels soignants et pénitentiaires.***

Les commissions pluridisciplinaires uniques sont des réunions d'échanges d'informations souhaités par le législateur en 2008, et notamment encouragés bien avant par la nécessité de mettre en œuvre des règles pénitentiaires européennes.

Dans cet objectif l'article L 6141-5 CSP a été modifié par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Désormais cet article énonce que les personnels de santé intervenant dans les établissements publics de santé destinés à l'accueil des personnes incarcérées et des personnes placées en rétention de sureté ont le devoir, dans le respect du secret médical et sans délai, de signaler au directeur de l'établissement pénitentiaire tout risque sérieux pour la sécurité des personnes de l'établissement et ce en transmettant les informations utiles pour mettre en place des mesures de protection et de sécurité. Ce même article précise que ces obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein de tout établissement pénitentiaire. Cette innovation législative oblige les praticiens à transmettre des informations opérationnelles au personnel de l'administration pénitentiaire afin de garantir la sécurité des personnes qui peuvent être des membres du personnel, et ainsi éviter les risques d'agression, ou encore des personnes détenues (risque de suicide).

L'échange interdisciplinaire est censé favoriser une meilleure prise en charge du détenu, en dehors des questions de sécurité. Les personnels soignants sont de plus en plus sollicités par l'administration pénitentiaire pour communiquer des informations, dans l'espoir d'en savoir

toujours plus sur les détenus, et ainsi de prévoir le moindre incident. L'administration invoque l'idée de « secret partagé » ou de « partage d'information ». Pourtant s'agissant du domaine médical, un tel partage n'est légalement possible qu'entre professionnels de santé directement chargé du suivi d'une même personne, après accord de cette dernière et dans un but thérapeutique.

Jusqu'ici le cadre des échanges lors des CPU n'étaient pas très clair, mais l'article D 90 du Code de procédure pénale les encadre désormais, et dispose que les personnels soignants au coté des personnels pénitentiaires participent aux commissions. Celle-ci est une instance de partage d'information sous la présidence de la direction de l'établissement pénitentiaire visant à évoquer la situation individuelle des détenus. Lors de ces réunions les éléments du CEL sont assez souvent projetés pour l'ensemble des intervenants sur un écran mural. Sont ainsi susceptibles d'être projetés des informations retranscrites par le personnel soignant qui ne devrait pas être divulgués hors de la sphère médicale.

En pratique on a assisté à une forte résistance des médecins, soumis aux pressions de l'administration pénitentiaire. L'Ordre national des médecins soutient d'ailleurs le refus des médecins face à l'administration pénitentiaire. En conclusion d'un courrier à l'attention des médecins des UCSA le président de la section éthique et déontologique du Conseil National de l'ordre des médecins conclut qu'il ne peut être demandé aux praticiens d'assister aux CPU ni attendu de leur part qu'ils communiquent des informations sur la santé et le suivi médical des personnes détenues prises en charge. Cette absence aux CPU des personnels soignants se fonde sur la nécessité de préserver le secret médical.

L'actualisation en mars 2013 du guide méthodologique de prise en charge de personnes placées sous main de justice, et la circulaire en date du 21 juin 2012 vise à fixer des règles précises s'agissant de la participation des personnels médicaux à la CPU dont les modalités de fonctionnement ont été déterminées par une circulaire du 18 juin 2002. Le personnel soignant est donc invité à assister aux CPU, sans que leur présence soit sollicitée dans le but d'obtenir des informations couvertes par le secret médical. La circulaire de 2012 édite notamment un tableau listant les informations que les médecins peuvent transmettre au personnel pénitentiaire, tentant de concilier la nécessité du partage et le secret.

Quelques points sont éclaircis certes, néanmoins l'opposition demeure entre les médecins et les personnels pénitentiaires puisque toutes incitations à la violation du secret constituent un frein à la confiance indispensable et parfois fragile du praticien avec son patient détenu.

L'accès aux soins et les droits du détenu malade sont souvent source d'incompréhension entre le ministère de la Santé en charge des soins et l'administration pénitentiaire en charge de la surveillance.

D'une manière générale des moyens matériels et financiers sont mis en œuvre afin que les détenus puissent accéder aux soins ; malgré cela des restrictions demeurent qu'elles soient propres au milieu carcéral ou pas. A l'heure où l'administration pénitentiaire demande aux médecins de partager leurs informations, le point le plus problématique est sans nul doute celui du secret médical dans l'objectif de garantie des droits des détenus.

Sur toutes ces questions et bien d'autres, il est envisageable de présenter un plan d'action afin de faire converger progressivement les textes et les pratiques pénitentiaires.



## **Partie III.**

### **Préconisations susceptibles de favoriser le respect des droits des personnes malades en détention.**

Cette dernière partie de l'étude tend à dégager des pistes d'amélioration, qu'il s'agisse de renforcer l'exercice des droits des personnes incarcérées ou bien de consolider les garanties qui leur permettent de s'en prévaloir pendant leur détention. Deux objectifs sont à la base de ces propositions : l'un consiste à améliorer les textes et l'autre à s'assurer du respect des normes.

Des avancées récentes ont été consacrées par le droit positif et la jurisprudence, comptant parmi elle la loi pénitentiaire de 2009, mais aussi le guide méthodologique paru en mars 2013 et les arrêts de la CEDH, néanmoins les effets ne sont pas encore pleinement mesurables. Dès lors certaines dispositions gagneraient à être complétées pour faire converger le droit du détenu vers le droit du malade et réduire les disparités de traitement entre les personnes détenus et les patients en milieu libre.

Concernant le respect des normes, il s'agit de rendre accessible l'information aux personnes utiles, et de garantir un contrôle efficace de leur droit.

Les préconisations sont formulées selon deux axes ; un axe théorique portant sur la mise en place d'une démarche de santé publique structurée(A), et un axe pratique visant à adapter et améliorer la qualité et la continuité des soins (B). Elles veilleront à respecter un équilibre entre les aspirations évoquées notamment par les personnes détenues et leur faisabilité du point de vue de la détention.

#### **A. Structurer une démarche de santé publique.**

Malgré des progrès incontestables, les soins aux détenus sont marqués de nombreuses fragilités et d'insuffisance. Dans un contexte caractérisé par l'accroissement de la population carcérale et les difficultés d'accès aux soins qu'elle connaît, il convient d'organiser plus fermement et plus clairement une politique de santé publique à la hauteur des enjeux.

C'est progressivement que c'est affirmé une politique de santé des personnes détenues, notamment par la création d'une instance de concertation interministérielle présidée alternativement par le garde des sceaux et le ministre chargé de la santé. En ce sens une direction de projet a été créée en 2007 au sein du ministère de la Santé pour coordonner les différentes directions concernées et articuler le projet avec le ministère de la Justice. Mais il serait judicieux que cette politique de santé permette un investissement égal des acteurs internes et externes (1), qu'elle mette en place une action de prévention et d'éducation de la santé effective (2), et qu'elle redéfinisse les modalités de financement de cet accès aux soins pour les détenus (3).

### **1. Mobilisation des acteurs externes.**

Dans un but de concrétisation d'une politique de santé des détenus, il convient que les acteurs internes (a), personnels soignants et personnels pénitentiaires, chef d'établissement, mais aussi les acteurs externes (b) tels que les Agences Régionales de Santé (ARS), se mobilisent et consolident le respect des droits du patient dont la personne détenue dispose.

#### ***a. Le devoir d'évaluation du système de santé des ARS.***

Au-delà des difficultés que le travail interministériel suppose, les ARS ne se sont qu'inégalement investies sur les politiques de santé. La stratégie nationale manque de relais de terrains, bien qu'au titre de l'article L 1431-2 CSP les ARS « évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire ». Dans ce sens les agences ont toutes désigné un référent, médecin-inspecteur de santé publique, mais son action apparaît trop hétérogène.<sup>34</sup> Il conviendrait d'encadrer le rôle de cet acteur afin que chacun assure un travail de réseau et de mobilisation des acteurs locaux (milieu associatifs, personnels soignants, professionnels du secteur médico-sociale). Il faut diriger l'action de ces référents vers un usage systématique des outils mis à leur disposition pour penser l'amélioration de l'offre de soin et la prévention en prison. En Pays-de-la-Loire un groupe de projet transversal a été mis en place par un référent, et d'autres ont encore mis en œuvre des modes de coordination informels. Il faudrait donc prendre en main les missions de ce référent, et qu'un investissement homogène soit produit.

---

<sup>34</sup> Groupe 9. L'administration pénitentiaire et le droit des personnes détenues. Option d'approfondissement. Paris : Ecole Nationale d'Administration, 2011, 51p.

Autre rôle des ARS est d'établir des schémas régionaux d'organisation des soins relatifs notamment aux soins des personnes incarcérées. Mais ces schémas ont des contenus variables et imprécis sur les objectifs et les moyens consacrés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire<sup>35</sup>. Encore une fois il faut mieux connaître la nature et la répartition des interventions des unités sanitaires, préciser les activités à développer et les organisations à encourager. Une enquête a été lancée au printemps 2013 en ce sens, il convient désormais d'en connaître les aboutissements et d'envisager une mise en pratique.

Enfin la défaillance palpable d'articulation entre l'administration pénitentiaire et les ARS sont préjudiciables à une politique de santé des détenus. Il convient de renforcer les relations, encore trop étroites, entre les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) et les agences ; renforcer le rôle des homologues des agences au sein des DISP. Rendre effective les commissions régionales santé/justice sur tout le territoire, et imposer des réunions plus régulières.

Les ARS dans leur rôle d'inspection sanitaire doivent poursuivre le programme de construction des UHSA et procéder à leur évaluation au terme de la première tranche de construction (proposition n°45 du rapport de l'AN sur la surpopulation carcérale).

Ainsi la priorité serait de mobiliser les agences régionales de santé, afin qu'elles assurent l'exercice de leurs responsabilités. Mais elles ne sont pas les seuls acteurs externes à devoir jouer un rôle.

***b. Garantir l'effectivité des contrôles extérieurs par le conseil d'évaluation.***

Les articles 5 de la loi du 24 novembre 2009 et D 324 CPP énoncent le rôle du conseil d'évaluation qui se doit d'évaluer les conditions de fonctionnement de l'établissement pénitentiaire et de proposer si nécessaire, toute mesure de nature à l'améliorer. Encore une fois plus de précisions dans la formulation de la mission du conseil d'évaluation et son fonctionnement permet d'affirmer son autorité et garantir son efficacité. La circulaire du 23 janvier 2012 relative au conseil d'évaluation est venue pallier à cette nécessité. Le nouvel article D. 234 du CPP détermine la composition du conseil d'évaluation, définie de manière à assurer sa légitimité et à l'ouvrir aux partenaires extérieurs qui, intervenant au sein de l'établissement, concourent au fonctionnement du service public pénitentiaire.

---

<sup>35</sup> *ibid.* (*ibidem*)

Des réunions annuelles sont ainsi imposées, qui n'empêche nullement la tenue d'autres réunions ponctuelles accompagnées de visites de l'établissement en cours d'année.

Bien plus que les ARS et le conseil d'évaluation, les acteurs internes que sont les personnels pénitentiaires, et les personnels soignants, ainsi que le directeur pénitentiaire, sont autant d'acteurs qui doivent se mobiliser pour assurer l'accès des détenus à leur droit à la santé.

## **2. La mobilisation des acteurs internes.**

La mobilisation des acteurs internes s'entend par la mise en place d'une formation prenant en compte la relation difficile entretenue entre les médecins et les surveillants (a), une définition nouvelle du métier de surveillant face à la multiplicité des acteurs (b), et la responsabilisation des chefs d'établissement (c).

### ***a. Une formation prenant en compte la relation difficile médecin/surveillant.***

Comme vu précédemment au cours de l'étude, la relation entre personnels soignants et personnels pénitentiaires, en plus d'être conflictuelle, du fait de leurs divergents objectifs, l'un étant la santé et l'autre la sécurité, cette relation suppose une nouvelle façon de travailler pour les praticiens, et une adaptabilité du personnel surveillant au respect des droits du malade dont le détenu est censé disposer. La formation de ces acteurs est alors primordiale, pour les médecins d'une part dans l'exercice de leur art dans un milieu fermé, et pour comparer les pratiques et en tirer la meilleure pour les agents pénitentiaires.

L'acquisition de connaissances relatives au cadre pénitentiaire et de ses effets sur l'exercice de la médecine en prison constituerait une formation spécifique nécessaire, et la continuité de la formation pour les différents personnels, permettrait de comparer les pratiques professionnelles. Il serait utile de proposer et de généraliser des retours d'expériences, du côté praticiens mais aussi au sein même de l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP).

Ces échanges effectués entre les différentes catégories de personnel de l'administration pénitentiaire et de l'équipe médicale, seraient fructueux, une occasion de confronter leurs regards et leurs cultures professionnelles.

Cette formation complémentaire pourrait prendre la forme d'ateliers de travail, ou de colloques d'information. Une possibilité d'échanger sur les pratiques professionnelles afin, d'une part, de vérifier que celles-ci sont en adéquation avec les règles déontologiques médicales et pénitentiaires définies, et d'autres part, de faire part des difficultés rencontrées et solliciter des conseils auprès des collègues et formateurs.

Une revalorisation des droits des personnes détenues ne peut se faire sans une valorisation concomitante du métier des personnels de l'administration pénitentiaire.

***b. Une définition nouvelle du métier de surveillant face à la multiplicité des acteurs.***

L'univers pénitentiaire devient de plus en plus complexes notamment par l'imbrication des politiques publiques, la multiplicité des acteurs au sein même des établissements : agent pénitentiaire, équipe médicale, agents des services d'insertion et de probation. Ces éléments rendent la mission du personnel plus floue, et nécessite une réflexion sur la redéfinition des missions des personnels de l'administration pénitentiaire.

Concernant les surveillants leur rôle se rapproche de celui des forces de police quand il s'agit des missions d'extractions des détenus avec port d'armes sur la voie publique, tantôt celui des travailleurs sociaux dans la supervision des Unités de Vie familiale (UVF), et en même temps sont un obstacle à une relation de confiance entre le détenu et son médecin en raison de leur omniprésence. Des changements qui empêchent l'agent pénitentiaire de trouver sa place entre un objectif sécuritaire, et le respect de la vie privée du détenu. Former un groupe de réflexion comprenant des personnels de l'administration pénitentiaire, des équipes médicales, des chercheurs de l'ENAP permettrait de tracer les contours des métiers des personnels d'une administration en mutation. Une occasion de s'interroger sur l'évolution souhaitée de la prison, et la garantie des droits du malade en son sein. Cette étude permettra de déboucher sur une stratégie valorisante pour les personnels et structurante en termes de pratiques professionnelles.

Au-delà des personnels pénitentiaires, le chef d'établissement joue un rôle primordial dans la mise en œuvre d'une démarche de santé publique au sein du milieu carcéral.

### *c. Responsabilisation des chefs d'établissement.*

Le chef d'établissement pénitentiaire doit disposer d'une certaine marge de manœuvre pour assurer le respect des droits des personnes détenues, notamment leur droit à la santé et au respect de la charte des malades, mais il doit notamment en contrepartie rendre compte des résultats obtenus en la matière. Il conviendrait dès lors de définir des indicateurs de résultats, au niveau des services déconcentrés, évaluant le respect des droits reconnus aux personnes détenues. La Loi organique relative à la loi de financement (LOLF) a mis en place une mission 107 « justice » dont l'objectif 4 du programme tend à améliorer les conditions de détention et prévoir un indicateur relatif au maintien des liens familiaux décomposé en deux sous-indicateur : le taux d'occupation des UVF et celui des parloirs familiaux. Ici il s'agirait de mesure à titre d'exemple le taux de refus de soins, et le taux de demande de rendez-vous médicaux. Mais les quelques indicateurs sont déclinés de façon inégale au sein des DISP et des établissements pénitentiaires, de plus leur contrôle est relativement variable d'un établissement à un autre.

Il serait bénéfique de définir des indicateurs de performance plus précis en rapport avec le droit des personnes détenues. A titre d'illustration, un indicateur évaluant le nombre de consultations médicales des personnes détenues avec un indicateur associé devrait apprécier les suites données à ces consultations pour garantir l'effectivité de l'accès aux soins des personnes détenues. Ayant vocation à être produit aux niveaux interrégional et local lors des conférences annuelles d'objectifs, ces indicateurs pourraient être pris en compte dans l'évaluation des chefs d'établissement. Un moyen de sensibiliser les directeurs pénitentiaires qui ne le sont pas déjà, et de valoriser ceux qui prennent des initiatives en la matière.

Bien que les acteurs externes et internes concernés par l'accès aux soins dans les établissements pénitentiaires doivent être mobilisés, l'acteur principal demeure le détenu malade à qui on doit garantir ce droit. Il convient qu'autour de cette personne en détention, une action de prévention et d'éducation à la santé soit mise en œuvre.

### **3. Action de prévention et d'éducation de la santé.**

A l'arrivée d'une personne détenue dans un établissement pénitentiaire il lui est remis un paquetage dans lequel figure un guide de l'arrivant. Celui-ci présente les principales règles liées à la détention, les différents interlocuteurs de l'établissement et l'ensemble des activités proposées. De contenu variable, ce guide de l'arrivant est réalisé dans chaque établissement. L'idée est de pallier au défaut d'accessibilité des informations des détenus, notamment concernant le financement de leur santé, en enrichissant leur information à l'arrivée et lors de la détention, et en développant l'expression individuelle et collective des personnes détenues pour connaître leur ressenti.

#### *a. Enrichir l'information du détenu.*

L'idée est de perfectionner le guide de l'arrivant en le complétant et en le rendant plus accessible, y intégrer des informations de base sur les questions de santé, ciblées sur le dispositif de soins proposé aux personnes détenues voire l'étendre à une information relative à la sortie de l'incarcération. Des explications devraient être données sur les avantages du dépistage volontaire et anonyme des maladies transmissibles, et sur les risques que présentent les hépatites, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose et la contamination par le VIH; les personnes acceptant de subir un test devraient avoir accès à une consultation médicale de suivi.

L'avantage de la réalisation d'un guide local propre à chaque établissement et actualisé, est de pouvoir préciser les noms des interlocuteurs, de spécifier les règles propres à l'établissement telles que définies par le règlement intérieur, et établir les procédures à suivre pour l'accès à tel ou tel service assuré par l'établissement comme l'éducation et la santé.

Relativement à son accessibilité, la traduction de ces guides n'est pas systématique, et il a été vu précédemment que la langue était un réel obstacle au respect du droit du détenu d'être informé, notamment pour les personnes étrangères. Cette déficience ne permet pas de répondre à l'obligation d'information à l'égard de l'ensemble des détenus. Une traduction plus systématique serait opportune, et pour les personnes illettrées le recours généralisé à des pictogrammes leur permettrait de comprendre certains éléments indispensables.

Concernant les informations relatives à l' « après » détention, dans bien des cas les personnes détenues sortantes ignorent l'existence de permanences d'accès aux soins de santé (PASS), cellules d'accompagnement médical et social souvent implantées en milieu hospitalier qui interviennent auprès des personnes rencontrant des difficultés sociales.

Enfin les personnes dont les droits ont tendance à être brimés, devraient avoir la possibilité d'émettre leur avis et ainsi de dénoncer les difficultés rencontrées au cours de leur détention pour accéder aux soins.

***b. Développer l'expression individuelle et collective des personnes détenues.***

En écho de l'article 29 posant le principe de consultation des détenus posé par la loi pénitentiaire, organiser une consultation individuelle et/ou collective des personnes détenues permettrait de résoudre en amont des difficultés qui peuvent sembler mineures, mais qui ont un impact profond sur le quotidien des personnes détenues ; notamment les longs délais d'attente pour obtenir une consultation, ou encore les salles d'attente insalubre qui en décourage plus d'un. Pour cela il est envisagé de soumettre aux personnes détenues usager du service pénitentiaire, des questionnaires afin de recueillir leur avis concernant les prestations de santé.

Parallèlement des consultations collectives plus formalisées, sont envisageables et envisagées notamment à la suite du rapport de Cécile Brunet-Ludet, « Le droit d'expression collective des personnes détenues ». L'administration pénitentiaire expérimente ces dispositifs au sein de plusieurs établissements, prenant exemple sur des pratiques déjà installées dans des pays comme l'Allemagne, le Canada, le Danemark ou la Suède.

La population carcérale présente des caractéristiques de santé spécifiques : c'est une population fragilisée et vulnérable, concernée par des problèmes de couverture sociale avant l'incarcération. Elle présente de nombreuses pathologies avec une prévalence et plus élevée que la population générale : addictions, pathologies mentales, risque suicidaire, infection par le VIH, hépatites ou tuberculose. Le choc carcéral, les conditions de promiscuité, d'hygiène, d'isolement, d'inactivité peuvent révéler, aggraver ou réactiver certaines pathologies.

Pour garantir un accès aux soins des détenus, il faut adapter et améliorer la qualité et la continuité des soins.



## **B. Adapter et améliorer la qualité et la continuité des soins.**

La loi du 18 janvier 1994 réaffirme que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ». De même, les détenus sont affiliés dès leur incarcération au régime général de sécurité sociale et bénéficient, ainsi que leurs ayants droits, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Mais en pratique il n'y a pas de réelle coopération entre les CPAM et l'administration pénitentiaire pour assurer la mise en place d'une couverture à temps, et/ou complète, et les moyens mis à disposition des acteurs de santé sont insuffisants pour assurer la qualité et la continuité des soins. Il conviendrait de faciliter la prise en charge du détenu (2), mais aussi d'améliorer les outils mis à disposition des personnels soignants dans sa prise en charge sanitaire (1).

### **1. L'amélioration des modalités d'intervention et de suivi des acteurs de la prise en charge sanitaires des détenus.**

Il s'agit d'assurer et d'améliorer l'accès aux soins et d'éviter qu'il ne s'écarte de celui de la population générale. Plusieurs actions sont envisageables, et correspondent notamment aux grandes orientations du Plan national d'action stratégique 2009-2014, à savoir la nécessité de répondre aux besoins matériels des UCSA, la création d'UCSA au sein des centres hospitaliers attachés aux établissements pénitentiaires de façon généralisée. L'étude d'une offre de soins en matière de soins de suite, de réadaptation, encore insuffisante, doit être enrichi.

#### ***a. Modernisation des locaux et des offres de soins.***

Dans un premier temps, la modernisation des locaux et équipements est incontournable. En effet les UCSA ne disposent pas toujours des moyens suffisants tant en personnel qu'en matériel ; locaux insuffisants et mal équipés notamment sur le plan informatique comme en témoigne le chef de service de l'UCSA de l'EPM de Porcheville<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Voir Annexe 2

Des modalités de prise en charge permettant de réduire les extractions tout en veillant au bon déroulement des extractions justifiées doivent être développées et généralisées, tel que des consultations spécialisées au sein des UCSA et de l'UHSI devraient être systématiques, ainsi que la mise en place d'une permanence de soins au niveau des UCSA. Cela suppose la mobilisation de médecin spécialiste, et le développement en ce sens d'une attractivité salariale. Enfin le développement de la télémédecine semble une piste intéressante à explorer.

***b. Le développement de la télémédecine.***

Le développement de la télémédecine annoncé par les ministères de la Santé et de la Justice dans le cadre du plan stratégique, permet de réaliser à distance des actes médicaux, et pourrait conduire à réduire de plus en plus le nombre d'extraction médicale. Mais cette télémédecine suppose un équipement informatisé spécifique pour les UCSA, ce qui en pratique n'est pas encore le cas. Seules quelques unités disposent des équipements nécessaires permettant de réaliser certains actes comme la lecture des radios ou d'assurer des téléconsultations. En prison, la télémédecine se pratique pour l'essentiel en dermatologie et nombre d'expérimentations n'en sont encore qu'au stade de la conception. Il reste encore à achever un vaste chantier technologique, et à améliorer les coopérations entre professionnels<sup>37</sup>. C'est ainsi que se pose la question de l'interaction entre l'impératif sécuritaire porté par le personnel pénitentiaire, et l'impératif sanitaire par le médecin.

***c. Assouplissement de certaines règles de sécurité afin de faciliter le travail du personnel soignant.***

Quelle que soit sa mission première, chaque intervenant en prison est enfermé dans une contradiction structurelle qui traverse le monde carcéral : le conflit entre les impératifs de « garde » et « d'entretien », le surveillant se doit d'assurer la sécurité, et le médecin l'entretien sanitaire du détenu. D'un côté, les soignants sont habitués aux conditions de travail à l'hôpital et méconnaissent les contraintes pénitentiaires ; de l'autre, les « gardiens », chargés de la répression et de la surveillance, sont peu soucieux de l'éthique et du secret médical. Et pourtant un assouplissement de certaines règles de sécurité (menottes, entraves) pourrait

---

<sup>37</sup> La gazette santésocial.fr Santé en prison : la télémédecine, par-delà les cloisons par Mayore Lila Damji disponible sur <<http://www.gazette-sante-social.fr/10986/sante-en-prison-la-telemedecine-par-dela-les-cloisons>>

faciliter considérablement le travail du personnel soignant, qui disposerait de la possibilité d'établir une relation de confiance avec le patient détenu.

## **2. Facilité la prise en charge du détenu malade d'un point de vue pratique et financier.**

La prise en charge du détenu malade pourrait être effective et facilitée par l'élaboration des modalités de financement commune traduite par une convention cadre entre CPAM et administration pénitentiaire (a), mais aussi par la possibilité d'envisager de façon plus étendue la suspension de peine pour raison médicale (b), et enfin en développant une prise en charge après la détention réelle (c).

### ***a. Redéfinir les modalités de financement.***

Souvent les documents d'affiliation à la sécurité sociale sont adressés aux détenus de manière très différenciée selon les CPAM et selon les établissements pénitentiaires, et les personnes détenues sortantes ignorent l'existence des PASS. Il conviendrait dès lors de promouvoir les droits associés à la sécurité sociale en détention en élaborant une convention cadre entre les établissements pénitentiaires et les CPAM de rattachement.

Pour rendre effective la couverture sociale du détenu et ce dès son entrée en détention, il faudrait fluidifier les circuits d'information au moyen d'une convention-cadre qui prévoirait par exemple la désignation d'un référent à la CPAM et au sein de la prison, des communications planifiées afin de raccourcir les délais d'inscription des personnes détenues, et la mise à charge de l'administration pénitentiaire de la mise à jour des cartes Vitales.

Cette convention-cadre aurait pour mérite de rendre plus effectifs les droits des détenus, en améliorant notamment leur couverture sociale.

*b. Une possible prise en charge en milieu libre du détenu malade.*

L'article 720-1 du code de procédure pénale<sup>38</sup> prévoit une suspension de peine pour raison médicale au bénéfice des personnes détenues condamnées, détenus qui ont déjà été jugés. Mais il est regrettable qu'une telle disposition n'existe pas pour les personnes prévenues, qui sont donc en attente de jugement. Pourtant dans la pratique des juges d'instructions ou juges des libertés et de la détention tendent à y recourir, mais sans texte.

Dans un but d'harmonisation des usages, de sécurisation juridique de la pratique, mais aussi pour permettre un accès aux soins adaptés à la pathologie du prévenu, une telle disposition devrait être introduite dans le code de procédure pénale. Cela permettrait de respecter le principe de dignité de la personne humaine et de rétablir une égalité des droits entre personnes condamnées et personnes prévenues. Dans le contexte d'un allongement de la détention provisoire, cette proposition paraît encore plus pertinente.

Les réticences que peuvent entraîner une telle proposition ne sont pas à exclure, en effet des motifs de sécurité pourraient être mis en avant pour refuser cette disposition. Mais une double expertise médicale pourrait assurer que la personne détenue malade est dans l'incapacité soit de commettre une nouvelle infraction, soit de transmettre des informations gênant l'instruction ou encore mettant en péril la sécurité de personnes ou de biens.

Une autre proposition consisterait à créer un mécanisme permettant à la personne dont l'état de santé est définitivement incompatible avec la détention, de bénéficier d'une libération conditionnelle à des conditions assouplies (sans référence à la durée de peine exécutée comme pour la libération conditionnelle des plus de 70 ans), à l'issue d'une certaine durée passée sous le régime de la suspension de peine pour raison médicale. Il s'agit d'une

---

<sup>38</sup> **Article 720-1 CPP** « En matière correctionnelle, lorsqu'il reste à subir par la personne condamnée une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à deux ans, cette peine peut, pour motif d'ordre médical, familial, professionnel ou social et pendant une période n'excédant pas quatre ans, être suspendue ou exécutée par fractions, aucune de ces fractions ne pouvant être inférieure à deux jours. La décision est prise par le juge de l'application des peines dans les conditions prévues par l'article 712-6. Ce juge peut décider de soumettre le condamné à une ou plusieurs des obligations ou interdictions prévues par les articles 132-44 et 132-45 du code pénal. »

recommandation du groupe de travail santé/ justice sur la suspension de peine pour raison médicale et l'accès à la liberté conditionnelle.

*c. Une prise en charge au-delà de la détention à développer.*

Assurer, garantir et améliorer l'accès aux soins des personnes détenues face à l'évolution pénitentiaire, c'est aussi envisager une prise en charge du détenu malade après sa détention. La mise en place d'une organisation préparant à la sortie et visant à une meilleure coordination avec le système de soins de « droit commun » constitue alors une solution et un impératif pour assurer une totale prise en charge de l'état de santé d'un détenu, ou ex-détenu. Pour cela il convient de développer les actions médico-sociales. Dans ce sens il est possible d'engager les Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) à intervenir plus fréquemment dans les établissements pénitentiaires et à prendre en charge les détenus concernés à leur sortie de prison, afin d'assurer une continuité de la prise en charge.

## Conclusion

Vingt ans après la réforme, le bouleversement de la santé en milieu carcéral s'essouffle.

En effet l'évolution du statut juridique des personnes détenues a été conséquente après la loi de 1994. Les droits des personnes malades, constituant des droits fondamentaux de toute personne humaine, leur ont été reconnus. Le droit à l'information et son accès, le respect du secret médical et la recherche du consentement, sont autant de droits dont les détenus peuvent se prévaloir. Parallèlement la réforme des soins en milieu pénitentiaire a permis de mettre en place un dispositif d'accès aux soins, et d'intégrer les détenus dans le système de santé grâce à une couverture sociale automatique dès l'arrivée en détention.

Néanmoins aux termes des développements précédents, force est de constater que les droits à la santé des détenus se trouvent confrontés à de multiples difficultés. La loi a permis d'assurer des soins de qualité aux détenus malades, sans toutefois atteindre la situation idéale d'une prise en charge globale et d'un suivi attentif dont a particulièrement besoin cette population fragile. L'augmentation de la population carcérale, le vieillissement de cette population, la vétusté des prisons et les conditions de détention affaiblissent la santé des détenus.

La réponse à une demande en constante augmentation se heurte à de nombreux obstacles, tels que l'insuffisante formation des professionnels, la pénurie en professionnels, les conditions d'exercice, les modes de rémunération. L'opposition entre impératif sécuritaire, et impératif sanitaire ne permet pas de rendre équivalente l'offre de soin en milieu carcéral et en milieu libre. Le droit à la santé en prison, qui se voudrait similaire à celui dont bénéficie l'ensemble de la population, se heurte surtout à un manque drastique de moyens financiers, en lien avec le déficit « abyssal » des budgets sociaux, illustrant la phrase prophétique de Michel Foucault : « la santé est un domaine où des moyens limités doivent faire face à des besoins infinis ».

De manière générale, les lacunes du droit à la santé en prison viennent confirmer la prééminence du principe dégagé il y a plus de deux siècles par J. Bentham et réactualisé par R. Badinter : si l'accès aux soins des détenus fait l'objet d'un effort réel de la part des pouvoirs publics, sans que cependant la protection de la santé et de la dignité des détenus soit

assurée de manière satisfaisante, il ressort des analyses précédentes que la condition du détenu malade semble devoir rester durablement en-deçà de la condition du malade en milieu libre.<sup>39</sup>

Il faut maintenant avancer vers cet idéal d'un droit à la santé pour tous, en gardant présent à l'esprit que le milieu carcéral impose des contraintes incontournables et qu'il s'agit de progresser au sein de deux cultures antagonistes. Après la réforme de 1994 d'énormes progrès ont été réalisés, mais aujourd'hui, soit vingt après, ils doivent être consolidés, sécurisés alors même que l'environnement devient de plus en plus difficile, la population carcérale ne cessant d'augmenter et les conditions de vie de se dégrader. Aller de l'avant devient alors une gageure si l'on ne fixe pas des priorités et des échéances.

Un second grand pas sera alors franchi.

---

<sup>39</sup> MOLLON Mathieu. Les droits sociaux des détenus. Master 2 Droit sanitaire et social. Paris : Université Panthéon-Assas, 2013, 217p.

## **Bibliographie**

### **Ouvrages :**

- \* DUROCHE Jean-Philippe, PEDRON Pierre, Droit pénitentiaire, Paris, Vuibert, 2013, 479p.
- \* CLEMENT Jean-Marie, 1900-2000 : La mutation de l'hôpital, Bordeaux, Edition les Études Hospitalières, 2001, 220p
- \* BOUSSARD Sandrine (sous la dir). Les droits de la personne détenue. Paris : Dalloz, 2013.341p. Thèmes et commentaires.
- \* CLIGMAN Olivia, GRATIOT Laurence, HANOTEAU Jean-Christophe, Le droit en prison, Paris, Dalloz, 2001, 341p.
- \* LAZARUS Antoine (collectif), Le guide du prisonnier, Paris, La découverte, 2012, 576p.
- \* LAUDE Anna, MATHIEU Bertrand, TABUTEAU Didier, Droit de la santé, Paris, PUF, 2012 545p
- \* PLAWSKI Stanislaw, Le droit pénitentiaire, Lille, Presses universitaire de Lille, 2008, 165p.
- \* CASTELLETA Angelo, responsabilité médicale, droit des malades, Paris, DALLOZ, 2004, 672p.
- \* BADINTER R., La Prison républicaine, Fayard, 1992, 430p
- \* DUPONT M., BERGOIGNIAN-ESPER C., PAIRE C., Droit hospitalier, Dalloz, coll.«Cours», 8<sup>ème</sup> éd., 2011.
- \* HERZOG-EVANS M., Droit pénitentiaire 2012-2013, 2e édition, Dalloz Action, 2012.
- \* MANSUY I., La protection des droits des détenus en France et en Allemagne, L'Harmattan, 2007.
- \* OIP, Les conditions de détention en France, La Découverte, 2012.  
PRADEL (Jean) (dir.). La condition juridique du détenu, Travaux de l'Institut de sciences criminelles de Poitiers, vol. XIII, Paris, Cujas, 1993.

### **Articles de revues et d'ouvrages collectifs :**

- \* BELDA B., « L'innovante protection des droits du détenu élaborée par le juge européen des droits de l'homme », AJDA, 2009, p. 406.
- \* BERGOIGNIAN-ESPER C., « La santé en prison : quelle législation ? », RDSS, 2009, p. 497.
- \* BOUJEKA A., « L'inadaptation d'un établissement pénitentiaire au handicap constitue un traitement inhumain ou dégradant », note sous CEDH, Vincent c/ France., RDSS, 2007, p. 351.
- \* BRAHMY B., « L'accès aux soins dans les établissements pénitentiaires – Le rôle du



contrôle général des lieux de privation de liberté », AJ pénal 2010. p. 315.

- \* DANTI-JUAN M., « Les droits sociaux du détenu » in PRADEL (J). La condition juridique du détenu, Cujas, 1993, p. 100.
- \* DANTI-JUAN M., « Analyse critique du contenu de la loi dite " pénitentiaire " », RPDP, 2010, p. 87.
- \* DEBET A., « Accès aux soins et droits du détenu malade » in BOUSSARD S. (dir.), Les droits de la personne détenue, Dalloz, 2013, p. 181.
- \*  
DOURNEAU-JOSETTE P., « Les conditions de détention et la CEDH : les droits fondamentaux à l'assaut des prisons », Gaz. Pal., 9 fév. 2013, n°40, p. 5.
- \* DUPEYROUX J.-J., « Quelques réflexions sur le droit à la sécurité sociale », Droit social 1960, p. 288.
- \* FEVRIER F., « Nécessité(s) de la loi pénitentiaire », RFDA, 2010, p. 15.
- \* HENNETTE-VAUCHEZ S., « Le principe de dignité de la personne humaine, socle des droits fondamentaux de la personne détenue ? », in BOUSSARD S. (dir.), Les droits de la personne détenue, Dalloz, coll. "Thèmes et Commentaires", 2013, p. 45.
- \* KENSEY A., « Que sait-on de la situation socio-économique des sortants de prison ? », Revue du MAUSS, La Découverte, n°40, 2012, p. 147. 205p
- \* LARRALDE J.-M., « Les droits des personnes incarcérées : entre punition et réhabilitation », Cahiers de la Recherche sur les droits fondamentaux, Presse universitaire de Caen, 2003, n°2, p. 63.
- \* LARRALDE J.-M., « Placement sous écrou et dignité de la personne », in P.-V.
- \* TOURNIER (dir.), Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement, L'Harmattan, 2012, p. 24.
- \* PEDROT P., « La protection sociale des détenus », RDSS, 1995, n°4, p. 829.
- \* PRADEL J., « La protection sociale du détenu aujourd'hui. Vers un rapprochement progressif avec les personnes libres », Ecrits en l'honneur de J. Savatier, PUF, 1992, p. 395.
- \* ROSA S., « La part du droit européen dans la reconnaissance des droits des détenus. Retour sur un influence à plusieurs visages » in BOUSSARD S. (dir.), Les droits de la personne détenue, Dalloz, coll. "Thèmes et Commentaires", 2013, p. 29.

### **Rapport, avis et enquêtes :**

- \* CGLPL, Rapport d'activité 2011, Dalloz, 2012.
- \* CGLPL, Rapport d'activité 2012, Dalloz, 2011.
- \* CNAMTS, Effectivité des droits des personnes en détention : prise en charge par l'assurance maladie, mars 2009.
- \* COMITE D'ORIENTATION RESTREINT DE LA LOI PENITENTIAIRE (COR), Orientations et préconisations, La Documentation Française, nov. 2007.

- \* COMITE NATIONAL CONSULTATIF D'ETHIQUE, La santé et la médecine en prison, avis n°94, 2006.
- \* Colloque du 30 novembre 2013 aux cours des Journées FARAPEJ à l'Assemblée Nationale. Michel David orateur ; santé en prison, entre logique pénale et logique médicale : Du détenu malade au malade détenu
- \* Rapport d'information n°1811 du 8 juillet 2009 de MM. E. Blanc et J.-L. Warsmann., préc., p35.
- \* MOLLON Mathieu. Les droits sociaux des détenus. Master 2 Droit sanitaire et social. Paris : Université Panthéon-Assas, 2013, 217p.
- \* Groupe 9. L'administration pénitentiaire et le droit des personnes détenues. Option d'approfondissement. Paris : Ecole Nationale d'Administration, 2011, 51p.

**Sites internet :**

<https://docassas.u-paris2.fr/nuxeo/site/esupversions/62be84d0-1269-4840-a289-7d77f0835042>

<file:///C:/Users/Manon/Downloads/ad444453.pdf>

[http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Detenus\\_NPDC.pdf](http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Detenus_NPDC.pdf)

<http://www.7sur7.be/7s7/fr/1502/Belgique/article/detail/1896477/2014/05/23/Le-SPF-Justice-n-assure-pas-la-sante-des-detenus.dhtml>

<http://www.oip.org/index.php/publications-et-ressources/communiqués/1139-3-04-2014-villeneuve-les-maguelone-un-detenu-victime-d-un-traumatisme-cranien-attend-quatre-heures-avant-d-etre-emmene-aux-urgences>

<http://www.senat.fr/rap/199-449/199-44912.html>

<http://scprenes.hypotheses.org/130>

<http://www.conseil-etat.fr/fr/discours-et-interventions/le-droit-des-malades-10-ans-apr.html>

<http://www.espace-ethique.org/ressources/article/le-m%C3%A9decin-face-aux-conflits-%C3%A9thiques-en-prison>

## Annexe 1

### Interview avec un surveillant pénitentiaire de la Maison d'arrêt de Villepinte (Seine-Saint-Denis) au cours d'une visite au sein de l'établissement.

- *Bonjour, Monsieur X, surveillant pénitentiaire depuis 9 ans, vous êtes aujourd'hui disposé à répondre à quelques questions relatives aux conditions de détention des détenus au sein de votre établissement. Ma première question est de savoir comment se passe la demande pour une consultation médicale au sein de la prison de Villepinte?*
- Au sein de la prison de Villepinte la consultation médicale se passe différemment en fonction de la qualité des détenus; si le détenu est là depuis plus de 15 jours il écrit au service médical expliquant son problème en mettant son nom et numéro d'écrou. Lorsque le courrier est établi il le met dans une boîte au lettre réservée au médical puis l'infirmière fait le tour de toutes les boîtes aux lettres pour ramasser le courrier, après elle le transmet à la secrétaire médicale qui le trie selon le problème (psychologue, psychiatre, médecin, infirmerie, dentiste, radiologue, ophtalmologue).
- *Un délai d'attente? Si oui en moyenne combien de temps ?*
- Il est reçu le plus tôt possible en général dans la semaine, le délai ne peut excéder une semaine. Quand le problème est trop grave pour le gérer en interne, on l'extrait à l'hôpital le plus proche. Pour les cas d'urgence, les détenus expriment aux surveillants leur souhait de voir le médecin dans les plus brefs délais, par exemple un détenu qui vient de se casser la main lorsque le surveillant s'en aperçoit il appelle tout de suite le médecin pour qu'il puisse être traité et que sa n'attende pas le lendemain.
- *Le déroulement de la consultation se fait-elle seul ou en présence d'un surveillant?*
- Le détenu quand il arrive au médicale est palpé et doit passer en dessous d'un portique de sécurité, lors de la consultation il est ausculté seul (en privé), le surveillant étant devant la porte.
- *La prise de médicament se fait-elle seul ou avec l'aide d'une infirmière?*
- La prise de médicaments est différentes selon les détenus, pour les toxicomanes par exemple ils sont obligés de les prendre devant l'infirmière, et pour les autres (hypertensions, diabète, asthme, cholestérol, ou suite à une opération) l'infirmière fait sa tournée dans l'après midi et leur donne directement en cellule sans contrôle, c'est-à-dire qu'elle ne vérifie pas la prise mais leurs remet en main propre.
- *Pensez-vous que les détenus disposent d'une relation de confiance avec le médecin présent en détention ?*
- Oui il dispose d'une relation de confiance avec leur médecin car cela relève du secret médical, même les surveillants ne savent pas pourquoi les détenus vont au médicale. Donc le secret médical est toujours respecté.
- *Les détenus dans le besoin hésite-t-ils à demander une consultation? sont-ils réticents à la consultation et si oui pour quelles raisons?*
- En aucun cas les détenus n'hésitent à demander une consultation, car quand ils la demandent c'est qu'ils en ont expressément besoin.
- *Pensez-vous de façon générale que les droits des malades (droit au respect de la vie privé, au secret de la consultation et au secret médical, la garantie d'un accès aux soins) sont-ils respectés de façon général au sein de l'établissement pénitentiaire?*
- Le respect de la vie privé, le secret de la consultation sont bien respectés, la garantie d'accès aux soins est respecté, il arrive même que le personnel pénitentiaire se fasse ausculter.

## Annexe 2

### Interview avec le responsable gestion de l'UCSA de l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs de Porcheville, dans le cadre de la présentation de son unité.

L'UCSA de l'EPM de Porcheville est atypique dans le sens où il n'est rattaché qu'à l'EPM de Porcheville. Nous disposons d'une petite équipe ; un médecin généraliste et un psychiatre, tout deux à mi-temps, une psychologue à temps complet, et deux, trois infirmiers. Ici les soins sont assurés pour 40% par l'UCSA, et 60% par les urgences de l'hôpital de Mantes-la-Jolie auxquels nous sommes rattachés.

Nous intervenons auprès des mineurs dès leur arrivée, avec une visite d'entrée au cours de laquelle des actes obligatoires règlementaires sont pratiqués. Nous assurons aussi des visites au quartier disciplinaire<sup>40</sup>. Nous sommes censés intervenir sur les consultations de sortie, mais ce n'est pas systématique. En effet nous ne sommes pas tenus au courant des calendriers de sortie afin de nous organiser en conséquence.

Les actes de suivie auprès des mineurs se font par des bons de demande de soin qui leur sont distribués. Ils peuvent demander un rendez-vous, accepter un rendez-vous dans le cadre de leur suivi, ou encore refuser les soins. C'est l'infirmière qui appelle l'unité pour connaître les prises de rendez-vous.<sup>41</sup>

En cas d'urgence le mineur détenu est reçu à l'UCSA, et extrait aux urgences si nécessaire. Pour cela nous demandons une autorisation de soin à la famille, ainsi qu'une photocopie du carnet de santé, mais selon le passif familial nous ne sommes pas toujours en possession des documents nécessaires.

Au sein de l'EPM l'équipe médicale travaille encore sur dossier papier, nous ne sommes pas encore informatisés. Le dossier patient est confidentiel.

Concernant le travail avec l'administration pénitentiaire, l'équipe gère elle-même les tensions et s'attache à avoir une démarche propre, donc nous n'utilisons pas le CEL.

Globalement la santé des détenus est bonne, à leur sortie les détenus ont même grossi, on ne décèle pas de problème particulier. Etant jeunes, ils ne sont pas encore dépendants. Au sein de l'EPM ils n'ont pas d'autorisation de fumer (cigarette). Néanmoins on note un trait mauvais suivi dentaire.

Avant les détenus étaient mal soigné, mais depuis la réforme de 1994 on parle de l'hôpital pénitentiaire ; l'hôpital se déplace dans les prisons.

<sup>40</sup> La cellule disciplinaire, surnommée « mitard », est en France une sanction administrative pouvant être infligée à une personne détenue. Les cellules disciplinaires de chaque établissement pénitentiaire sont regroupées dans une même section nommée quartier disciplinaire (QD).

<sup>41</sup> Les mineurs sont détenus au sein d'unité dans l'établissement, chaque unité ayant un surveillant qui récupère les bons de soin et transmet l'information à l'infirmière.

### Annexe 3

#### Interview avec un ancien détenu de la Maison d'arrêt de Bois d'Arcy.

- *Comment se passait votre demande pour une consultation médicale au cours de votre détention?*

- La demande pour une visite est assez perplexe. Il faut prévoir d'être malade, la demande se fait par écrit, il faut rédiger un courrier la veille en expliquant les raisons de la consultation. Il n'y a pas de bon (comme en EPM). Tout est trié selon les besoins de la personne. Tu es appelé entre 10h et 17h en salle d'attente et à n'importe quel moment tu passes devant le médecin. Le surveillant relève le courrier le matin quand il passe vers 7h du matin. Des fois quand on est mal on advient à les menacer (les surveillants) pour aller à l'infirmerie.

- *Estimez-vous qu'il y ait un délai d'attente important?*

Tout dépend des demandes, des fois la consultation peut avoir lieu le jour même ou fin de soirée cela dépend du nombre de demande reçu par l'UCSA.

- *Votre consultation médicale se déroulait dans l'intimité ou en présence d'un surveillant?*

Dans l'intimité, tu te rendais seul à l'infirmerie, sans le surveillant. Le surveillant bloque le couloir, le trajet du détenu est prévu.

- *Comment se déroulait la prise de médicament, seul ou avec un personnel soignant ?*

On fait une demande d'autorisation pour prendre ses médicaments seul. (une volonté d'instaurer une autonomie en détention de la part du personnel soignant). Seuls les détenus qui prennent des substituts de drogue sont suivis et doivent prendre devant l'infirmière leurs médicaments.

- *Aviez-vous une relation de confiance avec le médecin présent en détention?*

Oui. On pouvait tout leur dire, la plupart du temps ce n'était que des femmes, une bonne approche avec l'équipe médicale.

- *Des problèmes rencontrés au cours de votre séjour ?*

- Le problème c'est le soir, quand tu tapes à la porte de ta cellule, pour demande une consultation d'urgence et le surveillant répète que la consultation ne sera que pour lendemain, l'UCSA n'est pas ouverte. Je parle par expérience jusqu'à 2h du matin, je tapais et le surveillant me répétait d'attendre le lendemain.

Il n'y a pas de permanence de l'UCSA. Il faudrait améliorer la qualité des dispositifs de l'UCSA, qu'une permanence soit assurée de nuit, et aussi plus de dentiste. Ca a été le gros problème, beaucoup d'attente pour avoir un rendez-vous pour une consultation dentaire.

Remerciements .....	4
Sommaire .....	5
Partie I .....	9
L'évolution du statut juridique du détenu malade .....	9
A. L'évolution du statut juridique des personnes détenues face aux droits des personnes malades.9	
1. Le droit des personnes malades constituant des droits fondamentaux de toute personne humaine. ....	10
a. Le droit et l'accès à l'information. ....	11
b. Le respect du secret médical.....	12
c. Le consentement comme corollaire du droit à l'information. ....	12
2. L'émergence d'un statut juridique des personnes détenues. ....	13
a. De la privation à la reconnaissance de droits. ....	14
b. Le droit à la santé. ....	15
B. La mise en œuvre d'une qualité et continuité de soins équivalente pour l'ensemble de la population.....	16
1. La réforme des soins en milieu pénitentiaire permettant l'accès aux soins.....	17
a. Cadre juridique de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral. ....	18
b. Organisation du dispositif d'accès aux soins.....	20
2. Les personnes détenues intégrées dans le système général de santé. ....	22
a. La couverture sociale automatique des détenus. ....	22
b. Une prise en charge intégrale des détenus.....	23
c. Les dépenses non prise en charge par l'assurance maladie. ....	23
Partie II .....	25
Une détention attentatoire aux droits fondamentaux de la personne malade. ....	25
A. L'incompatibilité entre détention et respect de la dignité humaine.....	25
1. Des restrictions d'accès aux soins portant atteinte à la dignité des détenus.....	26
a. Des restrictions d'accès communes au milieu libre et d'autres spécifiques au milieu carcéral. ....	27
b. La garantie de l'accès aux soins limitée par l'absence de permanence médicale.....	28
2. Des conditions d'accès aux soins portant atteinte à la dignité du détenu. ....	30
a. Les entraves et les menottes attentatoires au principe de dignité. ....	30
b. L'incompatibilité de la détention avec la condition de détenu malade. ....	32
B. Le droit de prendre une décision médicale éclairée mis à mal. ....	33
1. Le droit et l'accès à l'information. ....	34
2. La liberté du consentement.....	36

a.	Le choix du praticien limité par la détention.....	36
b.	Le libre consentement à tout acte médical respecté.....	37
C.	Confidentialité et secret médical face à la coopération surveillant/personnel de soin.....	38
1.	Confidentialité des soins et détention.....	38
a.	Une atteinte légitimée par un impératif sécuritaire.....	39
b.	Le respect de la confidentialité consacré par la loi pénitentiaire.....	39
2.	Secret professionnel.....	40
a.	Le cahier électronique de liaison comme frein au secret médical.....	41
b.	Le partage d'information entre les personnels soignants et pénitentiaires.....	42
Partie III.....		45
Préconisations susceptibles de favoriser le respect des droits des personnes malades en détention. ....		45
A.	Structurer une démarche de santé publique.....	45
1.	Mobilisation des acteurs externes.....	46
a.	Le devoir d'évaluation du système de santé des ARS.....	46
b.	Garantir l'effectivité des contrôles extérieurs par le conseil d'évaluation.....	47
2.	La mobilisation des acteurs internes.....	48
a.	Une formation prenant en compte la relation difficile médecin/surveillant.....	48
b.	Une définition nouvelle du métier de surveillant face à la multiplicité des acteurs.....	49
c.	Responsabilisation des chefs d'établissement.....	50
3.	Action de prévention et d'éducation de la santé.....	51
a.	Enrichir l'information du détenu.....	51
b.	Développer l'expression individuelle et collective des personnes détenues.....	52
B.	Adapter et améliorer la qualité et la continuité des soins.....	53
1.	L'amélioration des modalités d'intervention et de suivi des acteurs de la prise en charge sanitaires des détenus.....	53
a.	Modernisation des locaux et des offres de soins.....	53
b.	Le développement de la télémédecine.....	54
c.	Assouplissement de certaines règles de sécurité afin de faciliter le travail du personnel soignant.....	54
2.	Facilité la prise en charge du détenu malade d'un point de vue pratique et financier.....	55
a.	Redéfinir les modalités de financement.....	55
b.	Une possible prise en charge en milieu libre du détenu malade.....	56
c.	Une prise en charge au-delà de la détention à développer.....	57
Conclusion.....		58
Bibliographie.....		60

Annexe 1 .....	63
Annexe 2 .....	64
Annexe 3 .....	65