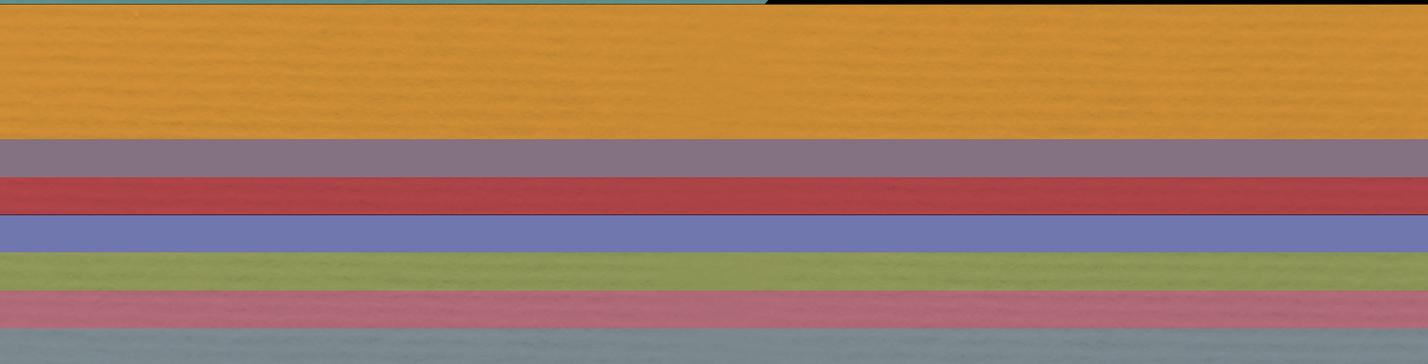




# PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE



Édition 2019



# PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

En application du Code de la propriété intellectuelle toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard, que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© Ministère de la Justice, Paris, 2019  
© Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, 2019

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
LOIS-CADRES.....	7

## LIVRE 1 ► STRUCTURES INSTITUTIONNELLES CHARGÉES DE L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE P. 11 > 45

CAHIER 1 ► LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ .....	13
CAHIER 2 ► LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE.....	21
CAHIER 3 ► LA COORDINATION DES STRUCTURES SANTÉ-JUSTICE.....	29
CAHIER 4 ► LE CONTRÔLE ET LE RECOURS.....	39

## LIVRE 2 ► RÉGLEMENTATION ET DROITS APPLICABLES À LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES P. 47 > 131

CAHIER 1 ► RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS SANITAIRES .....	49
CHAPITRE 1 – Confidentialité, secret médical et soins appropriés.....	51
CHAPITRE 2 – Le dossier médical .....	65
CHAPITRE 3 – Les certificats.....	77
CHAPITRE 4 – Habilitation et autorisation d'accès.....	87
CHAPITRE 5 – Sécurité au sein de l'établissement .....	95
CAHIER 2 ► RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS PÉNITENTIAIRES .....	101
CAHIER 3 ► DROITS DES PERSONNES DÉTENUES.....	111

## LIVRE 3 ► ORGANISATION DU DISPOSITIF SANITAIRE P. 133 > 229

CAHIER 1 ► ORGANISATION ET MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ....	135
CHAPITRE 1 – Organisation.....	137
CHAPITRE 2 – Les trois niveaux de prise en charge.....	141
CHAPITRE 3 – Personnels et équipements des USMP.....	147
CAHIER 2 ► ORGANISATION DES CONSULTATIONS SANITAIRES ET PRISE EN CHARGE DE GROUPE AU SEIN DE L'USMP .....	157

<b>CAHIER 3 ▶ ORGANISATION DES CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS EN DEHORS DE L'USMP</b> .....	173
<b>CAHIER 4 ▶ ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS</b> .....	197
<b>CAHIER 5 ▶ PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE</b> .....	203
<b>CAHIER 6 ▶ ORGANISATION DU PARTAGE DE L'INFORMATION</b> .....	215
<b>CAHIER 7 ▶ LES EXPERTISES MÉDICALES</b> .....	225

## LIVRE 4 **ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES** P. 231 > 378

<b>CAHIER 1 ▶ PRISE EN CHARGE DES MALADIES TRANSMISSIBLES</b> .....	233
CHAPITRE 1 – Maladies à prévention vaccinale .....	235
CHAPITRE 2 – Maladies à déclaration obligatoire .....	239
CHAPITRE 3 – Maladies infectieuses sans déclaration obligatoire .....	255
CHAPITRE 4 – Prévention et réduction des risques infectieux .....	261
<b>CAHIER 2 ▶ PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES</b> ....	269
<b>CAHIER 3 ▶ PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES</b> .....	279
<b>CAHIER 4 ▶ PRÉVENTION, REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DU SUICIDE</b> .....	291
<b>CAHIER 5 ▶ PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL (AICS)</b> .....	307
<b>CAHIER 6 ▶ PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS</b> .....	321
<b>CAHIER 7 ▶ PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES</b> .....	331
<b>CAHIER 8 ▶ PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES</b> .....	347

## LIVRE 5 **PERMISSIONS DE SORTIR, AMÉNAGEMENTS DE PEINE POUR RAISON MÉDICALE ET GRÂCE** P. 381 > 384

**LIVRE 6** ORGANISATION DE L'ÉDUCATION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE P. 387 > 398

**LIVRE 7** DROITS SOCIAUX ET FINANCEMENTS DES SOINS P. 399 > 435

<b>CAHIER 1</b>	<b>▶ LA PROTECTION SOCIALE</b> .....	401
<b>CAHIER 2</b>	<b>▶ LES MODALITÉS FINANCIÈRES DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES ÉCROUÉES</b> .....	421

**ANNEXES** P. 437 > 465

<b>Annexe I</b>	<b>▶ PROTOCOLE CADRE ENTRE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE ET LE OU LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ CHARGÉS DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES</b> .....	438
<b>Annexe II</b>	<b>▶ TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES</b> .....	449
<b>Annexe III</b>	<b>▶ GLOSSAIRE</b> .....	456
<b>Annexe IV</b>	<b>▶ LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES</b> .....	460

# INTRODUCTION

Depuis vingt ans, les modalités de prise en charge de la santé des personnes détenues ont connu des évolutions profondes et majeures. La réforme du système de soins en milieu pénitentiaire, initiée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, a confié au service public hospitalier l'ensemble de ces prises en charge.

Les personnes sous main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale : en cela, la loi de 1994 représentait une avancée de santé publique et un progrès considérable pour les droits d'une population particulière. Le principe a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Cependant, la prise en charge de cette population et son amélioration nécessitent non seulement la prise en compte de sa situation sanitaire particulière mais également celle du contexte du monde carcéral et de ses contraintes.

Ces deux cultures dont la diversité doit être reconnue se côtoient au quotidien. Les acteurs de ces services publics se doivent de travailler ensemble dans le respect de leurs missions spécifiques mais en recherchant un objectif commun : l'amélioration de la santé de la personne détenue. L'approche pluridisciplinaire dans le respect mutuel est, par là même, une nécessité.

Le présent guide relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice constitue la quatrième édition de celui initialement publié fin 1994. Il tient compte des nouvelles et nombreuses dispositions législatives et réglementaires intervenues depuis sa précédente édition en octobre 2012.

Rédigé sous forme de fiches synthétiques, le guide a vocation à répondre aux questionnements des professionnels sur l'ensemble des domaines qui constituent la prise en charge sanitaire et sociale des personnes sous main de justice majeures ou mineures. Il fournit des orientations à propos des règles spécifiques liées à l'environnement du monde carcéral et traite également des modalités de prise en charge de la santé de cette population.

La mise en œuvre de ces recommandations repose sur l'engagement et les compétences des personnels tant soignants que pénitentiaires. Seule une action régulière, accomplie au plus près des personnes détenues, constitue un gage de réussite.

Le présent guide se veut un document de référence destiné à tous les acteurs contribuant, de près comme de loin, à ces missions. Il constitue un document complet, au demeurant perfectible, qui doit nourrir la réflexion et l'action au quotidien des différents acteurs de terrain.

Ce guide fait l'objet d'une publication numérique sur les sites du ministère des Solidarités et de la Santé et du ministère de la Justice. La version en ligne est complétée des dernières mises à jour.

# LOIS-CADRES

## ORDONNANCE N° 45-174 DU 2 FÉVRIER 1945 RELATIVE À L'ENFANCE DÉLINQUANTE

Ce texte régissant le droit pénal applicable aux mineurs est considéré comme l'acte fondateur de la justice pénale des mineurs en France. De multiples textes sont venus modifier les dispositions de l'ordonnance de 1945, dont les plus importants dans le cadre de l'application des peines sont les suivants :

- **la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice**, qui a posé le principe d'une intervention continue des éducateurs au sein de la détention et a créé des établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs (EPM) ;
- **la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité**, qui a modifié les dispositions des articles 20-9 et 20-10 de l'ordonnance de 1945 en ce que le juge des enfants exerce les fonctions dévolues au juge d'application des peines par le Code pénal (CP) et le Code de procédure pénale (CPP).

Ce dernier texte pose donc le principe général de compétence des juridictions spécialisées pour mineurs en matière d'application des peines, tant pour les mesures restrictives de liberté que pour celles privatives de liberté. La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) devient aussi chargée, à l'égard des mineurs, des missions précédemment attribuées aux services d'insertion et de probation, confortant ainsi son action dans un champ de compétence pénale.

Ces dispositions ont entraîné une modification des règles de fond, de procédure et d'organisation judiciaire concernant l'application des peines des mineurs. Aujourd'hui, le juge des enfants et la PJJ préparent, mettent en œuvre et assurent le suivi des aménagements de peines pour les mineurs libres ou incarcérés.

## LOI N° 94-43 DU 18 JANVIER 1994 RELATIVE À LA SANTÉ PUBLIQUE ET À LA PROTECTION SOCIALE

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la Santé.

Cette loi a notamment fixé trois principes fondamentaux :

- **l'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'assurance maladie**. À ce titre, elles bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général ;
- **la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)**, unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de référence ;
- **le versement par le ministère de la Justice des cotisations sociales des personnes détenues** à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

## LOI N° 2002-1138 DU 9 SEPTEMBRE 2002 D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION POUR LA JUSTICE

Le nombre de personnes détenues atteintes de troubles mentaux est important et en augmentation. Afin d'améliorer leurs conditions d'accès aux soins, la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (art. 48) a apporté d'importantes modifications au Code de la santé publique (CSP).

Ces dispositions excluent la possibilité d'hospitalisation à temps complet au sein d'un établissement pénitentiaire. Désormais, les hospitalisations doivent être réalisées en milieu hospitalier, de préférence dans des unités hospitalières spécifiquement aménagées pour recevoir des personnes détenues (UHSA). Ces unités sont créées dans l'objectif de recevoir pour une durée indéterminée les personnes détenues hospitalisées, avec ou sans leur consentement, notamment lorsqu'elles ne relèvent pas d'une prise en charge dans une unité pour malades difficiles. Le décret n° 2010-507 du 18 mai 2010, pris pour l'application de ces dispositions de la loi d'orientation et de programmation pour la justice, définit les modalités de garde, d'escorte et de transport au sein des UHSA.

En l'absence d'UHSA ouverte dans le ressort territorial, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un établissement de santé habilité. La loi opère également, pour les personnes détenues, la fusion des deux régimes d'hospitalisation sous contrainte (hospitalisation d'office et hospitalisation à la demande d'un tiers) en un régime unique fondé sur la nécessité des soins.

Par cette loi, le législateur a également voulu renforcer l'action éducative auprès des mineurs détenus, d'une part, en inscrivant l'intervention continue des éducateurs de la PJJ au sein des quartiers pour mineurs et, d'autre part, en créant de nouveaux établissements pénitentiaires entièrement voués à l'accueil de ces publics (EPM).

## LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, À LA SANTÉ ET AUX TERRITOIRES (HPST)

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (*Journal officiel* du 22 juillet 2009) comporte quatre titres :

- titre 1 : La modernisation des établissements de santé ;
- titre 2 : L'accès de tous à des soins de qualité ;
- titre 3 : Prévention et santé publique ;
- titre 4 : Organisation territoriale du système de santé.

Les enjeux de la réforme sont majeurs :

- mieux coordonner les actions des établissements de santé pour répondre aux besoins de la population ;
- répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire ;
- développer une politique de prévention et de santé publique ;
- définir les missions et moyens des agences régionales de santé (ARS).

Cette loi précise notamment que l'organisation de ces soins relève de la compétence des ARS (art. L. 1431-1 du CSP), les objectifs et les moyens dédiés étant fixés par le schéma régional de santé, en articulation avec le projet régional de santé (art. L. 1434-1 et L. 1434-2 du CSP).

## LOI N° 2009-1436 DU 24 NOVEMBRE 2009 PÉNITENTIAIRE

Plusieurs facteurs justifient l'adoption de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire : le contexte international (la résolution du 17 décembre 1998 du Parlement européen invitant les États à élaborer une loi fondamentale sur les établissements pénitentiaires, les « règles minima » des Nations unies, les règles pénitentiaires européennes), le contexte juridique interne (les normes régissant la détention étaient majoritairement réglementaires) et le contexte médiatique et politique.

Cette loi, texte d'envergure relatif au service public pénitentiaire, comporte plusieurs grandes orientations :

- la clarification des missions du service public pénitentiaire assurées par l'administration pénitentiaire, avec le concours des autres services de l'État, des collectivités territoriales et des associations ;
- le renforcement de la prévention de la récidive, avec le développement des mesures en milieu ouvert et des aménagements de peine ;
- la reconnaissance de la condition juridique de la personne détenue ;
- le rappel du bénéfice de ses droits, notamment civiques, sociaux, religieux, familiaux et professionnels qui n'est limité que par les seules contraintes inhérentes à la détention ;
- l'élévation des principes généraux relatifs aux régimes de détention au niveau législatif (répartition des personnes condamnées, régime disciplinaire, isolement, règlements intérieurs, encellulement individuel, etc.) ;
- la meilleure reconnaissance des personnels pénitentiaires par une valorisation de leurs fonctions, un renforcement de leur autorité et de leur protection, ainsi que par la création d'un code de déontologie et d'une prestation de serment.

Ce texte conforte la spécificité de la prise en charge des mineurs détenus, en garantissant le respect des droits fondamentaux reconnus à l'enfant et en consacrant l'obligation d'activité à caractère éducatif pour les mineurs qui ne sont pas soumis à l'obligation scolaire. Par voie de décret, la PJJ assure la mise en œuvre des activités socio-éducatives.

Concernant la santé, la loi pénitentiaire garantit aux personnes détenues un accès à la prévention et à l'éducation sanitaire, une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

Elle réaffirme le droit des personnes détenues :

- au secret médical<sup>1</sup> ;
- au secret de la consultation ;
- à un bilan relatif aux produits stupéfiants, d'alcool et de tabac ;
- à une visite médicale précédant la libération ;
- à un aidant si elle souffre d'un handicap ;
- à s'entretenir, hors de la présence du personnel pénitentiaire, avec des personnes de confiance, les personnes majeures accompagnant les personnes mineures ou les bénévoles intervenant auprès des malades en fin de vie.

1. Art. 48 de la loi pénitentiaire 2009.

Par ailleurs, la loi pénitentiaire prévoit de prendre en compte l'état psychologique des personnes détenues tout au long de leur détention, ainsi que les spécificités liées aux femmes et aux mineurs.

### LOI N° 2014-896 DU 15 AOÛT 2014 RELATIVE À L'INDIVIDUALISATION DES PEINES ET RENFORÇANT L'EFFICACITÉ DES SANCTIONS PÉNALES

La loi du 15 août 2014 vise à réformer la politique de prévention de la récidive, en diminuant le nombre de victimes tout en garantissant la réinsertion des personnes condamnées : punir plus efficacement pour mieux prévenir la récidive. Pour y parvenir, le texte prévoit notamment la suppression des peines planchers, la création d'une nouvelle peine en milieu ouvert (la contrainte pénale), qui s'accompagne d'obligations et d'interdictions pour la personne condamnée, la mise en place d'un rendez-vous obligatoire aux deux tiers de la peine et le renforcement des droits des victimes.

Cette loi a par ailleurs également modifié de manière substantielle les conditions d'octroi de la suspension de peine pour raison médicale et créé à ce titre deux nouvelles mesures :

- **la mise en liberté pour motif médical** (art. 147-1 du CPP) des personnes prévenues ;
- **la libération conditionnelle pour raison médicale** (art. 729 du CPP) des personnes condamnées bénéficiant d'une suspension de peine pour raison médicale depuis plus de trois ans et dont l'état de santé est toujours durablement incompatible avec le maintien en détention.

### LOI N° 2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

La loi du 26 janvier 2016 redéfinit la politique nationale de santé qui tend à garantir le droit de chacun à la protection de sa santé ; cette politique vise l'amélioration de l'état de santé de la population en renforçant les droits et la sécurité des patients et leur accès effectif dès le plus jeune âge à la prévention et aux soins.

Plusieurs dispositions de la loi portent sur la santé en milieu pénitentiaire, notamment concernant les repérages et dépistages à l'entrée en détention et la politique de réduction des risques et des dommages. La loi précise en outre que les personnes détenues bénéficient également de certaines mesures protectrices des droits des patients, comme la mise en place du registre des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie assurant des soins sans consentement.

# Livre 1

## STRUCTURES INSTITUTIONNELLES CHARGÉES DE L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

**CAHIER 1 ▶ LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES  
DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

P. 13 > 19

**CAHIER 2 ▶ LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES  
DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE**

P. 21 > 27

**CAHIER 3 ▶ LA COORDINATION DES STRUCTURES  
SANTÉ-JUSTICE**

P. 29 > 37

**CAHIER 4 ▶ LE CONTRÔLE ET LE RECOURS**

P. 39 > 45



# CAHIER 1

## LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

P. 13 > 19

## FICHE 1

# NIVEAU NATIONAL

---

### **1 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)**

Instituée par le décret du 15 mars 2010, la DGOS est aujourd'hui au cœur d'une nouvelle gouvernance du système de santé. Elle s'inscrit dans une logique de pilotage stratégique et d'élaboration des politiques publiques de santé, d'animation et d'appui à leur mise en œuvre, ainsi que d'évaluation.

Promouvant une approche globale de l'offre de soins intégrant la ville et l'hôpital, elle favorise une réponse adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers, et veille à garantir l'efficacité et la qualité de l'offre de soins, dans le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier.

Les missions de la DGOS sont toutes orientées vers un objectif majeur : penser et construire l'offre de soins d'aujourd'hui et de demain. Cela, en concertation étroite avec les décideurs institutionnels, l'assurance maladie, les interlocuteurs professionnels, les représentants des patients et des usagers de la santé.

Intégrant les exigences des parcours de santé, de soins et de vie des patients, la DGOS est en lien constant avec les agences régionales de santé (ARS), qui déclinent en région les politiques de santé. Elle participe activement à leur conseil national de pilotage.

---

### **2 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (DGS)**

La DGS prépare la politique de santé publique, définie à l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique (CSP). Ainsi, elle contribue à sa mise en œuvre, en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la Santé, des autres départements ministériels compétents, et avec l'appui des établissements ou des organismes qui en dépendent.

Son action se poursuit à travers quatre grands objectifs : préserver et améliorer l'état de santé de la population, protéger la population des menaces sanitaires, garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé, et mobiliser et coordonner les partenaires.

La DGS propose les objectifs et les priorités de la politique de santé publique, fixe le cadre législatif et réglementaire, élabore les plans de santé publique ainsi que les programmes nationaux de santé et en assure la mise en œuvre.

Elle assume la responsabilité de la veille et la sécurité sanitaires, en garantissant la capacité du système de santé à détecter, à analyser et à gérer les alertes et les situations sanitaires exceptionnelles.

Elle agit pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Elle défend les droits des personnes malades et des usagers, encourage leur participation à la politique de santé et à son fonctionnement, assure le respect des règles de déontologie et la prévention des conflits d'intérêts.

Outre la sécurité des soins, elle est responsable de la qualité des pratiques professionnelles, des recherches biomédicales et des produits de santé et assure leur prise en charge par l'assurance maladie.

Afin de mener à bien ses missions et coordonner leur mise en œuvre effective, la DGS assure la tutelle des agences sanitaires, participe au pilotage des ARS et à l'animation des partenaires.

Enfin, elle définit, impulse et soutient la position française lors de l'élaboration des textes ou de l'examen des questions de santé ou de sécurité sanitaire, au sein des instances européennes et internationales.

---

### **3 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (DSS)**

La DSS assure la tutelle des organismes de sécurité sociale, telles que les caisses du régime général, celles du régime de base des professions indépendantes autres qu'agricoles ou celles des régimes spéciaux. Elle participe également à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de la mutualité.

Elle conçoit les politiques relatives à la Sécurité sociale et assure leur mise en œuvre. Sa mission générale est d'assurer l'adéquation des prestations de sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l'équilibre financier des ressources. À ce titre, elle élabore et met en œuvre les politiques relatives à la couverture des risques vieillesse, maladie, famille et accident du travail.

---

### **4 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE (DGCS)**

La DGCS est une direction d'administration centrale travaillant sous l'autorité, ou à la disposition, de plusieurs ministres et secrétaires d'État. Sur un plan administratif, elle est gérée par le ministère des Solidarités et de la Santé et par le secrétariat général des ministères sociaux. Elle a pour mission de concevoir, de piloter et d'évaluer les politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité, afin de favoriser la cohésion sociale et le soutien à l'autonomie des personnes. La DGCS gère quatre programmes budgétaires et assure la préparation et le suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour le secteur médico-social.

Elle coordonne et met en cohérence, dans une approche préventive et intégrée, **sept politiques publiques thématiques** :

- prévention et lutte contre les exclusions et la pauvreté, développement de l'inclusion sociale et de l'insertion des personnes en situation de précarité ;
- hébergement et accès au logement des personnes sans abri ou mal logées ;
- autonomie des personnes handicapées ;
- autonomie des personnes âgées ;
- politique familiale et protection de l'enfance et des personnes vulnérables ;
- droit des femmes et égalité réelle entre les femmes et les hommes ;
- promotion de l'innovation et de l'expérimentation sociale, notamment au sein de l'économie sociale et solidaire.

Elle pilote par ailleurs deux politiques publiques transversales :

- financement des établissements et des services sociaux et médico-sociaux ;
- définition du cadre d'intervention des professionnels du travail social et de l'intervention sociale.

**La DGCS participe au pilotage de trois réseaux territoriaux :**

- les ARS ;
- les services déconcentrés ;
- le réseau déconcentré des droits des femmes, animé directement par la DGCS.

---

## **5 - RÔLE ET MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, L'AGENCE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (ANSP)**

Créée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Santé publique France regroupe désormais, en une seule entité, l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), ainsi que le groupement d'intérêt public Addictions, drogues, alcool info service (Adalis).

Santé publique France répond au besoin de créer un centre de référence en santé publique en France, assurant la continuité du service, de la connaissance à l'intervention. Elle vise à anticiper, à comprendre et à agir, pour la santé de tous.

L'ANSP se voit ainsi confier six principales missions : observation épidémiologique, veille sur les risques sanitaires menaçant les populations, promotion de la santé et réduction des risques, développement de la prévention et de l'éducation pour la santé, préparation et réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires, et enfin lancement de l'alerte sanitaire.

**FICHE 2****NIVEAU RÉGIONAL****1 - RÔLE ET MISSIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)**

La création des ARS résulte de la loi du 21 juillet 2009. Elles ont été mises en place le 1<sup>er</sup> avril 2010 par décret n° 2010-336 du 31 mars 2010.

Elles découlent de la fusion des agences régionales d'hospitalisation (ARH), des pôles santé des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), mais également de certains organismes de sécurité sociale, notamment les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Elles reprennent tout ou partie de leurs attributions.

En application de l'article L. 1431-2 du CSP, tel que modifié par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les ARS sont chargées d'organiser l'offre de services de santé. Ainsi, elles s'emploient à répondre aux besoins en matière de prévention et de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. Elles veillent à ce que l'offre soit adaptée et bien répartie sur le territoire, pour satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, les ARS évaluent les besoins sanitaires des personnes détenues, définissent et régulent l'offre de soins et de prévention en milieu pénitentiaire. Elles sont également chargées d'arrêter le projet territorial de santé mentale. Enfin, elles pilotent la commission régionale santé-justice.

Depuis la réforme territoriale portée par la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, le nombre des ARS métropolitaines est passé de 20 à 13.

**2 - RÔLE ET MISSIONS DES DIRECTIONS RÉGIONALES DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE (DRJSCS)**

L'organisation et les compétences des services déconcentrés régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ont été modifiées par le décret n° 2015-1867 du 30 décembre 2015.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, dans huit nouvelles régions, une direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) assure des missions régionales pour le nouveau découpage régional et des missions départementales pour le département chef-lieu.

Les régions dotées de DRJSCS sont les suivantes : Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Normandie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Dans les autres régions métropolitaines (Île-de-France, Hauts-de-France, Occitanie, Bretagne et Corse) une direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) assure les missions régionales. Les missions départementales sont assurées par les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ou de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP).

Pour La Réunion, la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique et Mayotte, une direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) assume les missions régionales et départementales.

Les compétences départementales correspondent au niveau de mise en œuvre privilégié de l'action de proximité, tandis que le niveau régional est conforté dans son rôle stratégique de mise en œuvre des politiques.

Ainsi, l'intervention des services au niveau régional concerne plus particulièrement :

- 1 - l'animation et la coordination des politiques publiques de la cohésion sociale, du sport, de la jeunesse, de la vie associative et de l'éducation populaire, ainsi que des politiques relatives à l'égalité et à la citoyenneté, et au développement de l'emploi, dans ce champ de compétence ;
- 2 - la planification, la programmation, le financement, le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre ;
- 3 - l'observation des politiques dans les champs de la cohésion sociale, de la jeunesse, de l'éducation populaire, des sports et de la vie associative.

## FICHE 3

# NIVEAU LOCAL : LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

En application des articles L. 6111-1 et suivants et L. 6112-1 et suivants du CSP, tels que modifiés par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les établissements de santé assurant le service public hospitalier délivrent les soins à toute personne qui recourt à leurs services. Ils mènent en outre des actions de prévention et d'éducation à la santé et peuvent participer à la formation, à l'enseignement et à la recherche. Dans ce cadre, ils dispensent des soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier.



# CAHIER 2

## LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE

P. 21 > 27

## FICHE 1

# NIVEAU NATIONAL

### 1 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE (DAP)

La DAP est chargée d'une double mission :

- une mission de sécurité publique, en assurant le maintien en détention des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire ;
- une mission de prévention de la récidive, en préparant la population pénale à sa sortie et en assurant le suivi des mesures et des peines exécutées en milieu libre.

La DAP pourvoit également aux équipements nécessaires à la prise en charge de la population pénale.

### 2 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE (DPJJ)

La DPJJ est la Direction de la justice des mineurs. À ce titre, elle :

- contribue à l'élaboration et à l'application des textes concernant les mineurs délinquants et les mineurs en danger : projets de lois, décrets et textes d'organisation ;
- apporte aux magistrats une aide permanente à la décision, pour les mineurs délinquants comme pour les mineurs en danger, notamment par des mesures dites « d'investigation » permettant d'évaluer la personnalité et la situation des mineurs ;
- met en œuvre les décisions des tribunaux pour enfants dans les 1 250 structures de placement et de milieu ouvert (216 structures d'État, 1 034 structures associatives habilitées) ;
- assure le suivi éducatif des mineurs détenus ;
- contrôle et évalue l'ensemble des structures publiques et associatives habilitées accueillant des mineurs sous mandat judiciaire.

---

### **3 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES (DACG)**

La DACG élabore les projets de réforme législative et réglementaire en matière de droit pénal et de procédure pénale. Sous l'autorité du garde des Sceaux, elle définit les politiques pénales, anime et coordonne l'exercice de l'action publique. Elle est chargée de l'instruction des recours en grâce adressés au président de la République.

## FICHE 2

# NIVEAU RÉGIONAL ET DÉPARTEMENTAL

### 1 - RÔLE ET MISSIONS DES DIRECTIONS INTERRÉGIONALES DES SERVICES PÉNITENTIAIRES (DISP)

Services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, les DISP ont une mission d'administration, de gestion et de contrôle des services pénitentiaires dans une ou plusieurs régions administratives.

L'arrêté du 29 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 27 décembre 2016 « *fixant le ressort territorial des directions interrégionales de l'administration pénitentiaire et de la mission des services pénitentiaires de l'outre-mer* » divise en neuf régions pénitentiaires le territoire métropolitain. Les sièges des DISP sont respectivement situés à Bordeaux, à Dijon, à Lille, à Lyon, à Marseille, à Paris, à Rennes, à Strasbourg et à Toulouse. Il existe de plus une DISP de l'outre-mer (MOM) dont la compétence géographique s'étend sur les départements et territoires d'outre-mer.

Le directeur interrégional est l'interlocuteur unique de l'administration centrale dans l'interrégion. Il est chargé de mettre en œuvre la politique nationale définie par la Direction de l'administration pénitentiaire et de l'adapter aux spécificités de son interrégion. Il assure les relations externes de la direction interrégionale, notamment avec les préfets pour les questions touchant à la sécurité des établissements pénitentiaires et à leur situation territoriale, et avec les procureurs généraux pour les questions relatives à l'exécution des décisions judiciaires.

Il exerce l'autorité et le contrôle sur l'ensemble des activités des services et des établissements de la région pénitentiaire. À ce titre, les chefs d'établissement et les directeurs des services d'insertion et de probation lui sont hiérarchiquement rattachés.

---

## 2 - RÔLE ET MISSIONS DES SERVICES PÉNITENTIAIRES D'INSERTION ET DE PROBATION (SPIP)

Organes déconcentrés de l'administration pénitentiaire au niveau départemental, les SPIP sont placés sous l'autorité de directeurs fonctionnels d'insertion et de probation. Ils regroupent l'ensemble des travailleurs sociaux et disposent des moyens nécessaires à l'exercice de leur mission dans chaque département. Ils agissent en milieu ouvert ou en milieu fermé.

Les SPIP participent à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les personnes détenues, en les aidant à préparer leur réinsertion sociale et en favorisant le maintien des liens sociaux et familiaux. Ils concourent à l'individualisation des peines privatives de liberté et à la préparation des décisions de justice à caractère pénal. Ils assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous main de justice, qui leur sont confiées par les autorités judiciaires.

---

## 3 - RÔLE ET MISSIONS DES SERVICES DÉCONCENTRÉS DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE : LES DIRECTIONS INTERRÉGIONALES (DIRPJJ) ET LES DIRECTIONS TERRITORIALES (DTPJJ)

Les services déconcentrés relèvent directement de l'administration centrale de la DPJJ. Le décret n° 2010-214 du 2 mars 2010 et la note d'organisation territoriale du 22 septembre 2016<sup>1</sup>, publiée le 6 décembre 2016, les organisent en trois niveaux hiérarchisés : interrégional, territorial et local avec les établissements et services.

Les DIRPJJ (au nombre de neuf) ont compétence sur plusieurs régions administratives, en métropole et en outre-mer.

Les DTPJJ ont compétence sur un ou plusieurs départements.

Le niveau interrégional est chargé de la déclinaison en objectifs stratégiques des orientations nationales. Il concentre les actions d'administration, de gestion, de contrôle et d'évaluation en vue de garantir la qualité de la prise en charge.

Le niveau territorial est dédié au pilotage et au contrôle de l'activité des structures de prise en charge du secteur public (SP) et du secteur associatif habilité (SAH) ainsi qu'au déploiement des politiques publiques dédiées ou concourant aux dispositifs de protection de l'enfance et de la justice des mineurs.

Les établissements et services assurent la prise en charge des jeunes relevant de mesures judiciaires. Ils garantissent une réponse adaptée aux besoins des mineurs par l'élaboration d'un projet personnalisé. Afin d'en assurer une meilleure prise en charge, ils coordonnent leur action avec celle des collectivités publiques. Ils organisent également des actions de prévention de la délinquance.

---

1. Note d'organisation territoriale NORJUSF1631235N du 22 septembre 2016.

## FICHE 3

# NIVEAU LOCAL : LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Lieu d'exécution de la peine privative de liberté ou de la détention provisoire, l'établissement pénitentiaire se définit juridiquement par l'existence, en son sein, d'un greffe judiciaire. La formalité juridique essentielle, et préalable à toute détention, est l'acte d'écrou par lequel le chef d'établissement constate la légalité de l'incarcération de la personne concernée. Au plan administratif, l'existence d'un greffe judiciaire constitue l'élément fondateur de la notion d'établissement pénitentiaire<sup>2</sup>.

Les établissements pénitentiaires sont classés en trois grandes catégories : les maisons d'arrêt, les établissements pour peine et les établissements accueillant des personnes mineures.

### 1 - LES MAISONS D'ARRÊT

Les maisons d'arrêt sont, en principe, un lieu de détention provisoire. Cependant, les personnes condamnées à l'emprisonnement d'une durée inférieure ou égale à deux ans, celles dont le reliquat de peine est inférieur à un an, ainsi que celles en attente d'affectation dans un établissement pour peine peuvent, à titre exceptionnel, y être maintenues lorsque des conditions tenant à la préparation de leur libération, leur situation familiale ou leur personnalité le justifient.

### 2 - LES ÉTABLISSEMENTS POUR PEINE

Les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées reçoivent les personnes condamnées définitivement à une peine privative de liberté.

- **Les maisons centrales** comportent une organisation et un régime de sécurité renforcé, dont les modalités internes permettent également de préserver et de développer les possibilités de réinsertion sociale des personnes condamnées. Y sont affectées les personnes condamnées à une longue peine, les multirécidivistes,

2. Art. 724 et D. 149 du CPP.

les personnes détenues réputées dangereuses ou celles pour lesquelles le pronostic de réadaptation sociale est peu favorable.

- **Les centres de détention** comportent un régime principalement orienté vers la réinsertion sociale des personnes condamnées et, le cas échéant, la préparation à la sortie des personnes condamnées. Ils reçoivent les personnes condamnées primaires, celles dont les chances de réinsertion sont les plus élevées et les personnes condamnées en fin de peine.
- **Les centres de semi-liberté et quartiers de semi-liberté, ainsi que les centres pour peines aménagées et les quartiers pour peines aménagées** reçoivent les personnes condamnées faisant l'objet d'une mesure d'aménagement de peine sous forme de semi-liberté ou de placement extérieur.

Les centres pénitentiaires sont des établissements de type mixte comprenant au moins deux quartiers accueillant des régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale), mais disposant d'un greffe judiciaire unique.

### 3 - LES ÉTABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES

Les conditions de détention des mineurs reposent sur le principe essentiel de **séparation en détention des mineurs et des majeurs**<sup>3</sup>.

La détention des mineurs répond également à un autre principe : l'intervention continue des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse. Cela implique la mise en œuvre d'un travail pluridisciplinaire et positionne le service éducatif de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) dans toutes les décisions liées à la gestion de la détention.

La spécialisation des lieux de détention se traduit par le fait qu'un mineur, qu'il soit prévenu ou personne condamnée, ne peut être incarcéré qu'au sein d'un quartier pour mineurs d'une maison d'arrêt, d'un établissement pour peine ou de l'un des six établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM<sup>4</sup>). Pour les jeunes filles détenues, la Direction de l'administration pénitentiaire et la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse ont prévu le regroupement des mineures dans sept établissements pénitentiaires<sup>5</sup>, afin d'éviter les situations d'isolement et de dédier des moyens spécifiques pour ce public.

Les lieux de détention pour mineurs sont expressément visés à l'article 11 de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, lorsque l'incarcération résulte d'un placement en détention provisoire.

Ils sont désignés par l'article 20-2 de l'ordonnance précitée lorsque la privation de liberté est la conséquence d'une condamnation pénale.

3. Art. R. 57-9-11 du CPP.

4. Dont la liste est fixée par les art. A. 43-2 et A. 43-3 du CPP.

5. Les EPM de Lavaur, de Meyzieu et de Quiévrechain, la maison d'arrêt d'Épinal, le centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes, la maison d'arrêt pour femmes de Fleury-Mérogis et le centre pénitentiaire pour femmes de Rennes.



# CAHIER 3

## LA COORDINATION DES STRUCTURES SANTÉ-JUSTICE

P. 29 > 37

## FICHE 1

# AU NIVEAU NATIONAL : LE COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SANTÉ-JUSTICE

La coordination entre la Santé et la Justice est organisée selon les sujets, en tenant compte de la répartition des responsabilités de chacun.

Le comité interministériel santé-justice est présidé conjointement par le garde des Sceaux et le ministre chargé de la Santé, ou leurs représentants.

Sont en outre membres du comité interministériel les directeurs d'administration centrale du ministère de la Justice (Direction de l'administration pénitentiaire [DAP], Direction de la protection judiciaire de la jeunesse [DPJJ], Direction des affaires criminelles et des grâces [DACG]) et du ministère chargé de la Santé (Direction générale de la santé [DGS], Direction générale de l'offre de soins [DGOS], Direction générale de la cohésion sociale [DGCS], Direction de la Sécurité sociale [DSS]), ou leurs représentants.

Le secrétariat est assuré alternativement par le ministère de la Justice et par le ministère chargé de Santé.

Le comité interministériel se réunit au minimum une fois par an. Il est chargé d'examiner :

- toute question d'ordre général se rapportant à la prévention, à l'organisation des soins, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale ainsi qu'à la protection sociale des personnes majeures et mineures placées sous main de justice ou confiées par l'autorité judiciaire au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;
- les conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires.

Il veille à la mise en œuvre des orientations fixées dans ces domaines, au sein des établissements pénitentiaires, et des services et des établissements de la protection judiciaire de la jeunesse.

Il assure la concertation, à l'échelon national, entre les services des ministères compétents et concourt à l'évaluation du dispositif de soins et de prévention. Les présidents peuvent entendre, selon l'ordre du jour, toute personne qualifiée par sa compétence ou en raison de ses fonctions.

## FICHE 2

# AU NIVEAU RÉGIONAL

### 1 - LA COMMISSION SANTÉ-JUSTICE

Le niveau régional est le niveau cohérent pour planifier l'organisation des soins et décliner les axes de la politique définie au niveau national. C'est également à ce niveau que s'organise la coordination de l'ensemble des partenaires, incluant celle concernant les professionnels de santé mais également l'ensemble des institutions santé-justice concourant à cette politique.

L'objectif est de disposer au niveau régional d'une structure de coordination, de concertation et d'échanges. Une instruction adressée aux directeurs généraux (DG) leur demande la mise en place de la commission régionale santé-justice<sup>1</sup>.

La commission régionale santé-justice se réunit au moins une fois par an. Elle est chargée d'examiner :

- toute question d'ordre général se rapportant à la protection sociale et à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes majeures et mineures placées sous main de justice ;
- tout sujet se rapportant aux prises en charge sanitaires en amont et en aval de l'incarcération en lien avec les procédures judiciaires ;
- toute question d'ordre général se rapportant à la protection et à l'amélioration de la santé des mineurs sous protection judiciaire.

Elle veille à la mise en œuvre des orientations fixées par le comité interministériel ou le niveau national, dans les domaines de la prise en charge sanitaire et sociale de ces personnes. Elle s'assure de la coordination et de la bonne information des services et des partenaires compétents.

Sont membres de droit : le directeur général de l'agence régionale de santé qui préside cette commission, le préfet de région, les premiers présidents et les procureurs généraux des cours d'appel, le directeur interrégional des services pénitentiaires de l'interrégion de rattachement et le directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse. Selon l'ordre du jour, peut être associée toute personne ou toute structure qualifiée par sa compétence ou ses fonctions.

1. Instruction aux DG d'ARS du 23/12/2010, visa CNP 2010-313.

## 2 - INSTANCES DE CONCERTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : NIVEAU DE RECOURS DES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX (SMPR)

Ce niveau de recours « régional » concerne les soins en santé mentale : des textes réglementaires confient aux SMPR des missions régionales. La mission de coordination régionale, et interrégionale entre SMPR et dispositif de soins psychiatriques des unités sanitaires, peut se décliner en activités :

- **de coopération avec les secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire et infanto-juvénile et d'articulation avec les unités hospitalières spécifiquement aménagées (UHSA).** Cette mission concerne, à titre d'exemple :
  - l'évaluation de situations cliniques,
  - l'élaboration de cadres thérapeutiques – par exemple sur des populations particulières –, du contenu des prises en charge des personnes présentant des addictions, des AICS<sup>2</sup>, de critères des pratiques groupales, de critères d'admission en UHSA,
  - la continuité des soins,
  - toute question permettant d'échanger leurs pratiques professionnelles, voire de faire état de difficultés de fonctionnement ;
- de rôle d'interface avec les autorités de tutelle ;
- **de mise en place**, au niveau régional, de formations initiales (étudiants hospitaliers, internes, stages d'Institut de formation en soins infirmières [IFSI], etc.) et de formations continues.

Les SMPR doivent ainsi pouvoir mettre en place un véritable réseau régional des professionnels de santé exerçant dans le champ de la santé mentale.

## 3 - COORDINATION INTERRÉGIONALE SANTÉ-JUSTICE

L'organisation territoriale, à un niveau régional pour le ministère chargé de la Santé (représenté par les treize ARS métropolitaines et les quatre ARS outre-mer) et interrégional pour le ministère de la Justice (représenté par les neuf directions interrégionales des services pénitentiaires [DISP] et les directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse [DIRPJJ]), milite pour une coordination des ARS relevant d'une même direction interrégionale.

Les directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse (DTPJJ), comprenant un ou plusieurs départements administratifs, reçoivent délégation des directions interrégionales, pour coordonner l'inscription de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) dans les politiques publiques. Elles sont les interlocuteurs des ARS.

2. Auteurs d'infraction à caractère sexuel.

De même, les missions interrégionales des UHSI<sup>3</sup> et des UHSA militent pour une politique de santé coordonnée entre les régions. Pour ce faire, il appartient aux directeurs généraux des ARS d'organiser cette coordination à leur niveau et de veiller à une cohérence des dispositifs en place. L'ARS de la région d'implantation des UHSI ou des UHSA pilotera cette coordination.

---

3. Unités hospitalières sécurisées interrégionales.

## FICHE 3

# AU NIVEAU LOCAL

La coordination de proximité concerne le fonctionnement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Cette coordination vise à préciser les modalités de concertation entre les unités de soins somatiques et psychiatriques (incluant si nécessaire la pédopsychiatrie) et les directions des établissements pénitentiaires, sanitaires et éducatifs le cas échéant.

**Le premier niveau porte sur la coordination « fonctionnelle ».** Il implique que les dispositifs de soins somatiques et dispositifs de soins psychiatriques des unités sanitaires adoptent un mode d'organisation leur permettant un échange d'informations permanent, centré sur les patients pris en charge et leur suivi.

Les principes retenus pour permettre d'assurer la prise en charge globale du patient sont :

- une organisation commune de l'accueil des arrivants, précisant et rendant identifiables les rôles de chacun par les patients et les professionnels ;
- un dossier patient unique (incluant différentes parties) ;
- un projet de soins partagé pour les patients le nécessitant ;
- des temps de coordination et de synchronisation entre soignants (adaptés aux flux et à la taille des unités sanitaires).

Des conditions de fonctionnement adéquates (locaux, système d'information), inscrites dans le protocole cadre, faciliteront ce type de démarche.

**Le deuxième niveau traite de l'organisation « institutionnelle » entre les unités sanitaires et les directions des établissements sanitaires, pénitentiaires et éducatifs le cas échéant.** L'objectif est d'assurer la gestion et le suivi des questions relatives à l'organisation générale, qu'il s'agisse de questions matérielles, logistiques, informatiques ou liées au suivi des données d'activité.

Les principes retenus sont :

- tous les établissements de santé concernés désignent un directeur référent chargé de ces questions pour l'unité sanitaire, la direction de l'établissement pénitentiaire et la direction du service éducatif en détention ;
- l'établissement de santé de rattachement pour les soins somatiques (dans les cas où les soins psychiatriques sont gérés par un autre établissement) est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'établissement pénitentiaire, à charge pour les directeurs des établissements de santé de se concerter préalablement ;
- dans les établissements pénitentiaires sièges de SMPR, cette responsabilité est partagée entre les deux établissements de santé de rattachement (lorsqu'ils diffèrent) ;
- un coordonnateur est désigné au sein de chaque unité sanitaire. Il est l'interlocuteur de l'administration pénitentiaire. Cette désignation est proposée par l'équipe de l'unité sanitaire (somatique et psychiatrique)

et validée par les directions des établissements de santé concernés. Dans les établissements pénitentiaires sièges de SMPR, un référent est désigné à ce niveau. La coordination entre les deux référents est un impératif.

**Le troisième niveau traite de l'organisation des actions de promotion de la santé destinées aux personnes détenues.** Ces actions nécessitent une coordination entre les équipes de l'USMP et celles de l'administration pénitentiaire, ainsi que des partenaires institutionnels et des intervenants associatifs.

---

## I - LE CONSEIL D'ÉVALUATION DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

La commission de surveillance a été supprimée et remplacée par le conseil d'évaluation, depuis le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010. Institué auprès de chaque établissement pénitentiaire, le conseil d'évaluation est chargé d'évaluer les conditions de fonctionnement de l'établissement et de proposer, le cas échéant, toutes mesures de nature à les améliorer.

Le conseil est présidé par le préfet du département dans lequel est situé l'établissement pénitentiaire. Le président du tribunal de grande instance, dont dépend l'établissement pénitentiaire, et le procureur de la République près ledit tribunal sont désignés en qualité de vice-présidents. Sa composition est arrêtée par son président et comprend notamment le directeur général de l'ARS, le président du conseil départemental ou son représentant (art. D. 234 du CPP).

Le conseil d'évaluation se réunit au moins une fois par an, sur convocation du président et des vice-présidents, qui fixent conjointement l'ordre du jour (art. D. 235 du CPP).

Le ou les directeurs des établissements sanitaires concernés ainsi que les responsables des équipes chargées des prises en charge somatique et psychiatrique doivent être informés, par le chef de l'établissement pénitentiaire, de la date à laquelle le conseil d'évaluation se réunit. Le conseil d'évaluation peut demander à ce que ceux-ci soient entendus (art. D. 236 du CPP).

Le conseil est destinataire du rapport annuel d'activité de l'établissement, du règlement intérieur de l'établissement et de chacune de ses modifications, des rapports établis à l'issue des contrôles spécialisés effectués par les administrations compétentes en matière, notamment, de santé, d'hygiène, de sécurité du travail, d'enseignement et de consommation (art. D. 237 du CPP).

Le conseil d'évaluation établit un procès-verbal de ses réunions, qu'il transmet au directeur interrégional des services pénitentiaires de la circonscription dans laquelle est situé l'établissement. Le directeur interrégional des services pénitentiaires transmet ce procès-verbal assorti de ses observations au garde des Sceaux (art. D. 238 du CPP).

---

## 2 - LE COMITÉ DE COORDINATION

Le comité de coordination est un organe de concertation établi entre le ou les établissements de santé concernés et l'établissement pénitentiaire. Sa mission porte notamment sur les conditions d'application du protocole (art. R. 6112-23,10 du CSP). Il est présidé par le directeur général de l'ARS ou son représentant.

Participent à ce comité, outre les signataires du protocole ou leurs représentants, le chef de service de rattachement et le médecin responsable de l'unité sanitaire, le chef de service du SMPR ou le chef de service et le psychiatre du secteur en charge des soins psychiatriques dans l'établissement pénitentiaire, le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation et le directeur territorial de la PJJ.

La composition de chaque comité est précisée dans le protocole signé entre le directeur général de l'ARS, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le ou les directeurs des établissements de santé et le chef d'établissement pénitentiaire.

Il est convoqué au moins une fois par an, à l'initiative de son président, pour la présentation du rapport annuel d'activité par l'établissement de santé. Il peut être convoqué pour régler des difficultés ponctuelles.

---

### **3 - LA COMMISSION SANTÉ**

Au-delà de la communication informelle établie au quotidien entre les personnels soignants et les personnels pénitentiaires, une commission santé est mise en place dans chaque établissement pénitentiaire à l'initiative du médecin coordonnateur et en lien avec le chef de l'établissement pénitentiaire. Elle est composée de représentants des équipes soignantes (somatiques et psychiatriques) et des services pénitentiaires. Dans les établissements accueillant des mineurs, elle associe également les services éducatifs de la PJJ et de l'Éducation nationale.

La commission santé élabore les procédures et les outils formalisés visant à la coordination et à l'information réciproque des équipes et des services précités. Elle n'a pas compétence pour traiter des cas individuels. En revanche, son activité doit permettre d'informer les différents professionnels sur leurs compétences et leurs limites d'intervention.

Enfin, la commission doit favoriser la mobilisation des services sur la prévention du suicide, et les autres actions de prévention et de promotion de la santé<sup>4</sup>.

---

### **4 - LA COMMISSION DE SUIVI DES UHSI**

Une commission de coordination locale est mise en place. Elle est présidée par le directeur général de l'ARS de la région d'implantation. Elle se réunit à son initiative au moins une fois par an. Cette commission a pour mission d'examiner le fonctionnement de l'UHSI (présentation du rapport annuel d'activité). C'est un lieu privilégié d'échanges entre les différents partenaires de la santé et de la justice.

---

4. Lien de téléchargement : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir\\_35431.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf)

Outre le président, cette commission comprend les membres suivants, ou leur représentant :

- le directeur interrégional des services pénitentiaire ;
- le directeur interrégional des services de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- le directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSI ;
- le chef de l'établissement pénitentiaire dont relèvent les personnels pénitentiaires affectés à l'UHSI ;
- le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation du département d'implantation de l'UHSI ;
- des représentants des forces de l'ordre lorsqu'elles sont présentes à l'UHSI ;
- le responsable médical de l'UHSI ;
- des représentants des établissements de santé concernés (sièges d'unités sanitaires) ;
- des représentants des établissements pénitentiaires concernés.

Les membres de la commission de coordination locale peuvent être accompagnés des collaborateurs de leur choix, après accord du président. Peut également participer à cette commission toute personne invitée à l'initiative du président.

## 5 - LA COMMISSION DE SUIVI DES UHSA

La circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n° 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA met en place une commission de coordination locale, présidée par le préfet du département siège de l'implantation de l'UHSA. Elle se réunit à son initiative, au moins une fois par an.

Cette commission a pour objet d'examiner le fonctionnement de l'UHSA dans les interactions entre les services hospitaliers, les services pénitentiaires, les services éducatifs de la PJJ et les missions dévolues au préfet. Dans ce cadre, elle sera un lieu privilégié d'échanges entre les différents services, ce qui permettra d'anticiper et de mieux répondre aux difficultés éventuelles.

Outre le président, membre de droit, cette commission comprend les personnes suivantes ou leur représentant :

- le directeur général de l'ARS ;
- le directeur interrégional des services pénitentiaires ;
- le directeur interrégional des services de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- le directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSA ;
- le chef de l'établissement pénitentiaire dont relèvent les personnels pénitentiaires affectés à l'UHSA ;
- le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation du département d'implantation de l'UHSA ;
- le responsable médical de l'UHSA ;
- des représentants des établissements de santé concernés (sièges d'unités sanitaires) ;
- des représentants des établissements pénitentiaires concernés.

Les membres de la commission de coordination locale peuvent être accompagnés des collaborateurs de leur choix, après accord du président. Peut également participer à cette commission toute personne invitée à l'initiative du président.



# CAHIER 4

## LE CONTRÔLE ET LE RECOURS

P. 39 > 45

## FICHE 1

# AU NIVEAU INTERNATIONAL

### **1 - COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS ET DÉGRADANTS**

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) est un organe du Conseil de l'Europe (CE). Il vise à protéger les individus retenus contre leur gré par la force publique, dans les États signataires de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants<sup>1</sup>.

La convention donne aux membres du CPT le droit de visiter tous les lieux de détention des pays ayant signé la convention, où ils peuvent circuler librement. Au cours des visites, les délégués s'entretiennent avec les personnes privées de liberté sans témoin. À cette occasion, le respect du droit des personnes au secret médical doit être préservé.

Au terme de chaque visite, le CPT remet à l'État concerné un rapport confidentiel contenant ses constatations.

### **2 - COMITÉ INTERNATIONAL DE LA CROIX-ROUGE**

Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) visite les personnes condamnées par le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (TPIY) et purgeant leur peine en France<sup>2</sup>.

Conformément à son mandat, le CICR peut accéder à l'ensemble des locaux et des installations utilisés par, et pour, les personnes détenues. Il s'entretient librement et en privé (sans témoin) avec les personnes détenues.

La responsabilité de l'exécution des peines revient au Mécanisme pour les tribunaux pénaux internationaux (MTPI<sup>3</sup>), qui reçoit les rapports confidentiels des visites du CICR, dont une copie est transmise au ministère de la Justice français.

1. La Convention est entrée en vigueur en 1989.

2. Conformément à l'art. 6 de l'Accord sur l'exécution des peines prononcées par le TPIY, conclu en février 2000 entre l'Organisation des Nations unies et le gouvernement de la République française.

3. Le MTPI a été créé par le Conseil de sécurité le 22 décembre 2010 pour mener à bien les travaux du Tribunal pénal international pour le Rwanda (TPIR) et du TPIY.

### **3 - LA CONVENTION CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DÉGRADANTS**

La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, a été adoptée dans le cadre des Nations unies. Elle exige des États l'ayant ratifiée qu'ils prennent des mesures concrètes afin d'empêcher la torture à l'intérieur de leurs frontières. Le Comité de l'ONU contre la torture est chargé de sa mise en œuvre effective. À ce titre, les États signataires lui rendent des rapports réguliers détaillant la façon dont ils intègrent le droit international dans leurs législations nationales.

La France a ratifié la convention en février 1986. Celle-ci a été complétée par un protocole, que la France a ratifié en novembre 2008. Ce dernier établit un système de visites régulières sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté. Les visites sont effectuées par des organismes indépendants, dont le Sous-Comité pour la prévention de la torture, qui s'inspire du Comité européen pour la prévention de la torture mis en place par le CE.

## FICHE 2

# AU NIVEAU NATIONAL

### 1 - LE DÉFENSEUR DES DROITS

La loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits dispose que le défenseur des droits est une autorité constitutionnelle indépendante. Il est chargé de :

- « *défendre les droits et libertés dans le cadre des relations avec les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics et les organismes investis d'une mission de service public [...]* » ;
- « *lutter contre les discriminations, directes ou indirectes, prohibées par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France ainsi que de promouvoir l'égalité* » ;
- « *veiller au respect de la déontologie par les personnes exerçant des activités de sécurité sur le territoire de la République* ».

Le défenseur des droits peut être saisi par toute personne, physique (mineure ou majeure) ou morale, qui s'estime lésée dans ses droits par le fonctionnement d'un service public ou d'un organisme visé ci-dessus. La saisine du défenseur des droits est gratuite. Une réclamation peut également être adressée à un député, un sénateur ou un représentant français au Parlement européen, qui la transmet au défenseur des droits s'il estime qu'elle appelle son intervention. Dans ce cas, il peut se saisir d'office, mais ne peut intervenir qu'à la condition que la personne – ou, le cas échéant, ses ayants droit – ait été avertie et ne soit pas opposée à son intervention.

### 2 - LE CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ (CGLPL)

La loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 modifiée institue un contrôleur général des lieux de privation de liberté<sup>4</sup>, autorité administrative indépendante française chargée « *de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux* ». Le contrôleur général est nommé par le président de la République pour un mandat de six ans non renouvelable.

Toute personne physique ou morale s'étant donné pour objet le respect des droits fondamentaux peut porter à la connaissance du contrôleur général des faits ou des situations susceptibles de relever de sa compétence.

4. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 modifiée par la loi n° 2014-528 du 26 mai 2014.

Le contrôleur général peut également être saisi par le gouvernement, les parlementaires, ainsi que d'autres autorités administratives indépendantes. Enfin, il peut aussi se saisir de sa propre initiative.

À l'issue des vérifications auxquelles il procède, le contrôleur général peut formuler des recommandations relatives aux faits ou aux situations en cause à la personne responsable du lieu de privation de liberté. Celles-ci peuvent être rendues publiques.

Le contrôleur général peut visiter tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique, ainsi que tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement.

Il obtient des autorités responsables du lieu de privation de liberté, ou de toute personne susceptible de l'éclairer, toute information ou pièce utile à l'exercice de sa mission dans les délais qu'il fixe. Le contrôleur général, ses collaborateurs et les contrôleurs qui l'assistent sont astreints au secret professionnel. Les informations couvertes par le secret médical peuvent être communiquées, avec l'accord de la personne concernée, aux contrôleurs ayant la qualité de médecin.

À l'issue de chaque visite, le contrôleur fait connaître aux ministres intéressés ses observations concernant en particulier l'état, l'organisation ou le fonctionnement du lieu visité, ainsi que la condition des personnes privées de liberté, en tenant compte de l'évolution de la situation depuis sa visite. Les ministres formulent des observations en réponse. Celles-ci sont annexées au rapport de visite établi par le contrôleur général.

S'il constate une violation grave des droits fondamentaux d'une personne privée de liberté, le contrôleur général communique sans délai aux autorités compétentes ses observations, leur impartit un délai pour y répondre et, à l'issue, constate s'il a été mis fin à la violation signalée. S'il l'estime nécessaire, il rend alors immédiatement public le contenu de ses observations et des réponses reçues.

Dans son domaine de compétence, le contrôleur général émet des avis, formule des recommandations aux autorités publiques et propose au gouvernement toute modification des dispositions législatives et réglementaires applicables. Après en avoir informé les autorités responsables, il rend publics ces avis, recommandations ou propositions, ainsi que les observations de ces autorités. Il remet chaque année un rapport d'activité au président de la République et au Parlement. Ce rapport est rendu public.

Une convention a été signée le 8 novembre 2011 entre le défenseur des droits et le contrôleur général des lieux de privation de liberté, afin de coordonner leurs interventions et leurs actions respectives.

---

### 3 - INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS)

L'IGAS, rattachée au ministre en charge des Affaires sociale, assure une mission de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques de la Sécurité sociale et de la prévoyance sociale, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle<sup>5</sup>. Ainsi, aux termes de l'article D. 348-1 du Code de procédure pénale (CPP), « *l'inspection générale des affaires sociales et les services*

---

5. Loi n° 96-452 du 28 mai 1996.

*de l'agence régionale de santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des personnes détenues et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires ».*

Par ailleurs, le chef de l'IGAS figure parmi les autorités administratives ou judiciaires avec lesquelles les personnes détenues peuvent correspondre sous pli fermé<sup>6</sup>.

Ses services contrôlent l'exécution des lois et des règlements se rapportant à la santé publique à l'intérieur des établissements pénitentiaires, et effectuent toutes les vérifications utiles à leurs missions. L'IGAS a été chargée en 2015, en collaboration avec l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ), de l'évaluation du Plan 2010-2014 santé des personnes placées sous main de justice, qui a donné lieu à des recommandations. Celles-ci ont été reprises dans un rapport rendu public en juillet 2016<sup>7</sup>.

---

## 4 - INSPECTION GÉNÉRALE DE LA JUSTICE (IGJ)

Le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'IGJ a été créée, regroupant l'inspection générale des services judiciaires et celles des services pénitentiaires et de la protection judiciaire de la jeunesse. Cette évolution structurelle vient renforcer la compétence transversale de l'inspection sur l'ensemble des directions et des services du ministère de la Justice. Elle permet en outre de garantir l'indépendance des inspecteurs qui la composent, en supprimant leurs liens hiérarchiques avec leur direction d'origine, et en développant sa vocation interministérielle.

Cette nouvelle inspection générale, composée de plusieurs départements, dont celui des services pénitentiaires, reprend intégralement les missions d'enquêtes administratives et de contrôles réalisées précédemment par l'inspection des services pénitentiaires et l'inspection de la protection judiciaire de la jeunesse.

---

6. Art. D. 262 du CPP.

7. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542>

**FICHE 3**

# AU NIVEAU RÉGIONAL : LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Les inspecteurs et contrôleurs des ARS contrôlent, dans le cadre de leurs compétences respectives, l'application des dispositions du Code de la santé publique (CSP) et, sauf dispositions spéciales contraires, des autres dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé publique (art. L. 1421-1 du CSP).

Le directeur général de l'ARS précise aux inspecteurs et aux contrôleurs qu'il désigne la nature des missions susceptibles de leur être confiées (art. R. 1435-10 du CSP).

Les missions d'inspection, d'évaluation et de contrôle par les ARS interviennent, sauf situation d'urgence liée à un événement particulier, dans le cadre du programme annuel, pour tout le champ de compétence de l'ARS.



# Livre 2

## RÉGLEMENTATION ET DROITS APPLICABLES À LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES

### **CAHIER 1 ▶ RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS SANITAIRES** ▶ P. 49 > 99

CHAPITRE 1 – Confidentialité, secret médical et soins appropriés

CHAPITRE 2 – Le dossier médical

CHAPITRE 3 – Les certificats

CHAPITRE 4 – Habilitation et autorisation d'accès

CHAPITRE 5 – Sécurité au sein de l'établissement

### **CAHIER 2 ▶ RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS PÉNITENTIAIRES** ▶ P. 101 > 109

### **CAHIER 3 ▶ DROITS DES PERSONNES DÉTENUES** ▶ P. 111 > 131



# CAHIER 1

## RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS SANITAIRES

P. 49 > 99



# CHAPITRE 1

CONFIDENTIALITÉ, SECRET MÉDICAL  
ET SOINS APPROPRIÉS

## FICHE 1

# LE SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel est l'un des fondements de la relation de soins, quels que soient la circonstance ou le lieu du « colloque singulier ». La relation de confiance entre la personne détenue et le personnel soignant est donc fondamentale, notamment pour l'efficacité du soin. Elle est garantie par l'indépendance du médecin vis-à-vis des autorités pénitentiaires et judiciaires, dans l'exercice de ses fonctions de soins.

### **Article R. 4127-5 du Code de la santé publique (CSP)**

« *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* »

Le secret professionnel s'impose donc en milieu pénitentiaire, de la même façon que dans le reste de la société. Sauf dérogation prévue par la loi, le secret est opposable à toute autorité, même si cette autorité est elle-même astreinte au secret professionnel.

Le secret professionnel fait partie intégrante du secret de la vie privée (art. 9 du CC). Il s'étend à toutes les informations d'ordre privé venues à la connaissance des professionnels dans l'exercice de leurs fonctions, que ces informations soient ou non d'ordre médical.

## 1 - NATURE DU SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel est une obligation fondamentale décrite dans les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal (CP). Il n'existe pas de définition juridique du secret, mais sa violation est réprimée par le CP.

### **Article 226-13 du CP**

« *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.* »

Tous les personnels de santé, quels que soient leur statut, leur profession ou leur fonction (y compris en cas de mission temporaire), sont tenus de respecter cette prescription légale.

Cependant, cet article ne s'applique pas dans les cas où la loi impose, ou autorise, la révélation du secret.

Il existe des limites aux poursuites, pour l'infraction prévue à l'article 226-13 du CP dans des conditions particulières (art. 226-14 du CP), notamment lorsqu'il s'agit de protéger des mineurs ou des personnes majeures vulnérables soumises à des privations ou à des sévices.

À noter que le secret professionnel ne s'impose pas qu'aux seules professions médicales. La loi prévoit qu'on puisse y être soumis en fonction de :

- son « état » (prêtre, rabbin, imam...);
- sa profession (avocat, médecin et professions médicales, assistant social...);
- sa fonction ou sa mission temporaire (mission d'aide sociale à l'enfance [ASE], de protection maternelle et infantile, de revenu de solidarité active [RSA], personnels des services pénitentiaires de probation, par exemple). On peut ainsi appartenir à une profession non soumise au secret professionnel, mais y être astreint de par sa fonction ou mission (un éducateur spécialisé dans le cadre de ses missions d'ASE, par exemple).

Un texte législatif ou réglementaire est attaché à chaque profession ou situation pour laquelle le secret professionnel s'impose.

Concernant le secret médical, le CSP pose le principe et en définit la substance dès son article R. 4127-4 pour en montrer l'importance. Il le fait de façon beaucoup plus explicite que le CP et sur le seul terrain de l'exercice de la médecine. Ses conséquences sont développées à l'article R. 4127-72 en ce qui concerne les personnes qui assistent le médecin, aux articles R. 4127-73 et R. 4127-104 en ce qui concerne les documents médicaux (cf. : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>).

Le secret médical protège l'intérêt de la personne détenue, sa dignité et son intégrité. Il contribue au rapport de confiance entre le soignant et le soigné.

Le partage d'informations entre personnels sanitaires et pénitentiaires doit respecter le droit au secret médical. Il vise :

- à garantir l'accès aux soins de la personne et le maintien, voire l'amélioration, de son état de santé ;
- à prévenir le risque d'atteinte à l'intégrité physique et psychique d'autrui.

Concernant son application aux personnels sanitaires :

- **pour les médecins**, l'article R. 4127-4 du CSP prévoit : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » ;
- **pour les chirurgiens-dentistes**, l'article R. 4127-206 du CSP prévoit : « *Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » ;
- **pour les pharmaciens**, l'article R. 4235-5 du CSP indique : « *Le secret professionnel s'impose à tout pharmacien dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment* » ;
- **pour les infirmiers**, l'article R. 4312-4 du CSP prévoit : « *Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière*

*instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment» ;*

- **pour les sages-femmes**, l'article R. 4127-303 du CSP dispose : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris. La sage-femme doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel, et s'y conforment. La sage-femme doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches cliniques et des documents qu'elle peut détenir concernant ses patientes. Lorsqu'elle se sert de ses observations médicales pour des publications scientifiques, elle doit faire en sorte que l'identification des patientes ne soit pas possible.* »

Le secret est non seulement une obligation à la charge des professionnels mais aussi un **droit du malade**<sup>1</sup>. L'article L. 1110- 4 du CSP prévoit que toute personne prise en charge par un professionnel de santé ou du secteur médico-social ou social, un établissement ou un service de santé, un établissement ou un service social et médico-social, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Ce droit n'est pas sans limite. En effet, ce même article précise également qu'« *excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ».

---

## 2 - RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL LORS DE L'EXERCICE MÉDICAL EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Les personnes détenues ne doivent pas faire l'objet de discrimination<sup>2</sup>. En tant que personnes privées de liberté, elles doivent, au contraire, faire l'objet d'une attention particulière, notamment si le médecin constate des sévices ou des mauvais traitements<sup>3</sup>. Le respect de la confidentialité doit être la règle lors des consultations et des examens médicaux. Il appartient au médecin de prendre les mesures propres à assurer le respect de la confidentialité des informations médicales concernant les patients placés en détention.

### 2-A. PORTÉE DU SECRET PROFESSIONNEL

Le CP ne définit pas le contenu du secret professionnel. En revanche, le CSP précise que celui-ci couvre « *l'ensemble des informations concernant la personne venues 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* ».

---

1. Loi n° 2002-403 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

2. Art. R. 4127-7 du CSP.

3. Art. R. 4127-10 du CSP.

Ces dispositions se retrouvent dans les dispositions du Code de déontologie médicale, intégré dans le CSP<sup>4</sup> : « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

## 2-B. DÉROGATIONS LÉGALES

La jurisprudence, tant celle des juridictions judiciaires que celle des juridictions administratives, précise que le secret professionnel est général et absolu. Il ne peut ainsi y être dérogé que par la loi<sup>5</sup>.

Les dérogations à ce principe le sont dans l'intérêt du patient ou de la santé publique (déclarations de naissance et de décès<sup>6</sup>, signalisation des cas de maltraitance au procureur de la République avec l'accord de la victime<sup>7</sup>, sauf si la victime est mineure<sup>8</sup>).

Certaines de ces dérogations sont justifiées par la nécessité d'établir une communication maîtrisée d'informations médicales, notamment dans le cadre de la protection des victimes : ainsi, l'article L. 6141-5 du CSP prévoit : « *Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article<sup>9</sup>, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection [...].* »

Enfin, les professionnels de santé peuvent être amenés à informer l'administration pénitentiaire, après information du patient, sur des adaptations nécessaires à la prise en charge des personnes détenues (aménagements spécifiques, transitoires ou non, rendus nécessaires en raison de l'état de santé de la personne détenue). En effet, la situation d'entière dépendance dans laquelle se trouvent les personnes détenues vis-à-vis de l'administration pénitentiaire – y compris pour les actes de la vie courante – légitime, dans son principe, la collecte et le traitement des informations se rapportant à leur existence matérielle, leur bien-être, leur sécurité et leur santé.

### Déclarations obligatoires

- naissance (art. 56 du CC) ;
- décès (art. L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales) ;
- maladies contagieuses (art. L. 3113-1 du CSP) ;
- admission en soins psychiatriques (art. L. 3212-1 et suivants du CSP) ou sur décision du représentant de l'État (L. 3213-1) ;
- sauvegarde de justice (art. 434 du CC et L. 3211-6 du CSP) ;
- accidents du travail et maladies professionnelles (art. L. 441-6 et L. 461-5 du CSS) ;
- pensions civiles et militaires de retraite et d'invalidité (art. L. 31 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) ;

4. Art. R. 4127-4 du CSP.

5. CE, 8 fév. 1989, Conseil national de l'ordre des médecins, req. n° 54494 54678 54679 54812 54813 : une atteinte au secret médical peut être jugée légale si elle est la conséquence nécessaire d'une disposition législative.

6. Art. 56 du CC.

7. Art. 226-14 du CP.

8. Art. R. 4127-44 du CSP.

9. Un ou plusieurs établissements publics de santé peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté. Les dispositions des titres I, III et du présent titre sont adaptées par voie réglementaire aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du titre II ne leur sont pas applicables.

- protection de la santé des sportifs et lutte contre le dopage (art. L. 232-3 du Code du sport);
- sécurité, veille et alerte sanitaires (art. L. 1413-4 et suivant du CSP).

### Permissions de la loi

---

- Sévices ou privations infligés à un mineur ou à une personne incapable de se protéger (art. 226-14, 2<sup>o</sup> du CP);
- protection des mineurs en danger ou risquant de l'être (autorisant le partage d'informations préoccupantes, art. L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles);
- sévices permettant de présumer de la commission de violences sur une personne majeure (art. 226-14, 2<sup>o</sup> du CP);
- dangerosité pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes connues du médecin pour être détentrices d'une arme à feu ou ayant manifesté leur intention d'en acquérir (art. 226-14, 3<sup>o</sup> du CP);
- une évaluation et plan personnalisé de compensation du handicap (art. L. 241-10 du Code de l'action sociale et des familles);
- évaluation de l'activité des établissements de santé (art. L. 6113-7 du CSP);
- recherche dans le domaine de la santé (art. 55 du chapitre IX de la loi n<sup>o</sup> 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique);
- évaluation ou analyse des activités de soins et de prévention (art. 63 à 66 de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, chapitre X);
- accès aux informations de santé nominatives (art. L. 1112-1, L. 1414-4, L. 1333-19 du CSP, et L. 315, V du CSS).

Ces dérogations légales obligent<sup>10</sup> ou autorisent<sup>11</sup> une révélation seulement partielle (maladie contagieuse désignée par un numéro, symptômes d'un état mental dangereux, etc.). L'autorisation donnée permet uniquement de délivrer une information « **nécessaire, pertinente et non excessive** ».

---

10. Contraignent à la révélation.

11. Permettent la faculté de révéler sans l'obliger.

## FICHE 2

# SECRET PROFESSIONNEL ET PARTAGE D'INFORMATIONS

## 1 - SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ ENTRE SOIGNANTS

Le secret professionnel s'impose à tous les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire.

Le législateur a prévu la possibilité d'échanges d'informations entre professionnels de santé précisée dans l'article L. 1110-4 du CSP : « *Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.* » En ce qui concerne les mineurs détenus, les titulaires de l'autorité parentale sont également avertis du partage d'informations.

## 2 - SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ ENTRE SOIGNANTS ET PROFESSIONNELS DU SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel **précise que ces professionnels peuvent** « *échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :*

- 1° *des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;*
- 2° *du périmètre de leurs missions ».*

Cet échange ne peut se faire que dans le respect des règles d'information et de consentement de la personne pour ce partage d'information : « *La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.* »

Le décret précise également les catégories de professionnels concernées.

Au sein des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et des services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), les assistants de service social font partie des professionnels concernés, dans le cadre de leurs missions d'accompagnement social.

### **3 - SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ DANS LE CADRE DES RELATIONS DU PERSONNEL SOIGNANT AVEC LES AUTORITÉS JUDICIAIRES ET PÉNITENTIAIRES ET DE LA PJJ**

Les conditions du partage d'informations entre les professionnels de santé et les professionnels de l'administration pénitentiaire sont définies à l'article L. 6141-5 du CSP, issu de l'article 8 de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental dans les termes suivants : « *Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article – établissements publics de santé spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté –, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires.* »

Dans le cadre de ces dispositions, ce partage a pour objectif de préserver la santé et la sécurité de la personne détenue, mais également de participer à la sécurité de l'ensemble des personnes intervenant en milieu pénitentiaire. Il s'exerce dans le respect du droit au secret médical, garanti aux personnes détenues par l'article 45 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, selon lequel « *l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation dans le respect du troisième et du quatrième alinéa de l'article L. 6141-5 du Code de la santé publique* ».

Le partage d'informations<sup>12</sup> est organisé dans le cadre de procédures et d'outils formalisés au sein des commissions telles que la commission pluridisciplinaire unique (CPU), la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire (lorsque l'établissement accueille des personnes mineures) ou la commission santé.

12. Circulaire DGS/DGOS/DAP/DPJJ du 21 juin 2012 relative au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la PJJ.

Le secret professionnel doit être respecté dans le cadre des informations échangées lors des réunions de travail avec les services des établissements pénitentiaires et ceux de la PJJ.

Le personnel pénitentiaire, et plus particulièrement celui affecté aux structures médicales, est tenu d'observer une stricte discrétion. Il ne doit divulguer à personne des informations concernant la santé des personnes détenues. Le médecin intervenant en milieu pénitentiaire doit veiller à ce que les professionnels qui l'assistent dans son exercice soient instruits de leurs obligations en matière de secret professionnel, et s'y conforment<sup>13</sup>. À cette fin, il doit disposer de locaux adéquats (art. R. 4127-71 du CSP) et protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées<sup>14</sup>.

---

#### **4 - SECRET PROFESSIONNEL LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES DE PROPHYLAXIE**

Le respect du secret professionnel ne s'oppose pas aux mesures de prophylaxie individuelles ou collectives qui doivent être mises en œuvre, comme dans toute collectivité, dès lors qu'un risque infectieux a été identifié.

Elles sont entreprises, lorsque les circonstances l'exigent, par le médecin responsable de l'unité sanitaire en liaison avec le chef d'établissement pénitentiaire, le médecin de prévention de l'établissement public de santé de rattachement et avec le médecin de prévention chargé d'assurer l'hygiène et la prévention auprès des différents personnels intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

---

13. Art. R. 4127-72 du CSP.

14. Art. R. 4127-73 du CSP.

## FICHE 3

# ACCÈS AUX DONNÉES PÉNITENTIAIRES ET JUDICIAIRES

### 1 - CONSULTATION DE LA FICHE PÉNALE

Les personnels sanitaires ne sont pas autorisés à consulter, de leur propre initiative, la fiche pénale d'une personne détenue. Dans le cadre de la distribution de médicaments<sup>15</sup>, ils peuvent néanmoins avoir besoin d'accéder aux informations relatives à son identité : sexe, numéros d'écrou et de Sécurité sociale et lieu de détention.

### 2 - CONSULTATION DES DONNÉES RELATIVES AU COMPORTEMENT DE LA PERSONNE DÉTENUE ET DE SON RÉGIME DE DÉTENTION

Les professionnels de santé ne peuvent consulter les données de l'administration pénitentiaire n'ayant pas de lien avec la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

L'administration pénitentiaire peut communiquer aux professionnels de santé des informations afférentes au comportement de la personne détenue ou à ses modalités de détention, lorsqu'elle estime que ces informations sont de nature à impacter la santé de la personne elle-même et/ou de son entourage.

Les professionnels de santé tiennent compte des données de gestion de détention pour organiser les soins aux personnes détenues (extractions judiciaires, activités, parloir, etc.). À ce titre, elles peuvent consulter l'application Genesis, ou solliciter directement l'administration pénitentiaire.

15. Art. R. 57-9-23, 17°.

## FICHE 4

# RESPECT DES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES LORS DE L'ORGANISATION DES RENDEZ-VOUS ET LA RÉALISATION DES SOINS

### 1 - EXAMEN DE LA PERSONNE DÉTENUE

Que ce soit au sein ou à l'extérieur des locaux de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), l'examen d'une personne détenue est réalisé dans des conditions respectant sa dignité, le secret professionnel et les préconisations d'usage en matière d'hygiène.

La réalisation d'un acte de soin se déroule hors de la présence de tout personnel pénitentiaire. Néanmoins, lorsque la sécurité d'un personnel de santé est menacée et que le soin ne peut pas être reporté, ce professionnel peut solliciter la présence d'un personnel pénitentiaire.

Aucun soin ne peut être réalisé sans le consentement éclairé de la personne détenue, ou celle du détenteur de l'autorité parentale pour les mineurs (sauf dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un représentant de l'État, dans les conditions définies par la loi).

En toutes circonstances, les professionnels de santé prennent les mesures propres à assurer la continuité des soins.

Excepté en cas d'urgence ou dans le cas où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit en avvertir la personne qu'il soigne et transmettre au médecin désigné par celle-ci les informations utiles à la poursuite des soins<sup>16</sup>.

16. Art. R. 4127-47 du CSP.

---

## 2 - AU SEIN DE L'USMP

Seule la personne détenue concernée est informée du motif de sa consultation par le personnel de l'USMP (par exemple par un courrier de confirmation du rendez-vous, lors de la distribution des traitements médicamenteux, etc.)

Afin d'organiser les mouvements et la sécurité au sein de l'unité sanitaire, les surveillants affectés à l'unité sanitaire disposent d'une liste mise à jour quotidiennement, leur indiquant les personnes convoquées et le personnel soignant qu'elles doivent rencontrer (sans préciser le motif de la consultation).

---

## 3 - À L'EXTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

La personne détenue est informée de l'organisation d'une extraction médicale pour la réalisation d'un soin. Son consentement éclairé est recueilli et consigné dans son dossier médical.

La date de cette extraction médicale n'est jamais communiquée à la personne détenue. Les raisons qui la motivent ne sont pas communiquées à l'administration pénitentiaire par les personnels sanitaires.

Ces derniers informent l'administration pénitentiaire du service dans lequel la personne est attendue et du type de soin dont elle bénéficiera (consultation, hospitalisation, examen radiologique, etc.) afin que l'escorte pénitentiaire soit adaptée.

Les personnels soignants recevant les personnes détenues en consultation à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire (centre hospitalier ou autre structure médicale) sont sensibilisés par l'USMP au fait qu'ils ne doivent pas communiquer à la personne détenue la date du prochain rendez-vous.

Les personnels pénitentiaires n'assistent pas à la réalisation des soins et des consultations. Toutefois, si leur présence s'avère nécessaire, en fonction des risques évalués au regard de la personnalité de la personne détenue, de son comportement au moment de l'extraction, de la configuration des locaux (présence de plusieurs accès, de fenêtres non condamnées ou barreaudées ouvrant sur l'extérieur, etc.) ou de la présence d'ustensiles médicaux dangereux et facilement utilisables, le responsable pénitentiaire pourra décider au cas par cas d'un niveau de surveillance adapté.

Par ailleurs, le personnel soignant peut solliciter la présence d'un personnel pénitentiaire, s'il estime que sa sécurité est menacée et que le soin ne peut être reporté.

En tout état de cause, les personnels soignants, comme les personnels pénitentiaires, doivent respecter le secret professionnel et la confidentialité des soins, tels que définis par le CSP et la loi pénitentiaire de 2009.

Les médecins doivent veiller à ce que les professionnels de santé qui les assistent se conforment à ces obligations, et leur rappeler que les différents niveaux de sécurité prévus par l'administration pénitentiaire n'impliquent pas

automatiquement la présence de surveillants lors des entretiens médicaux. L'implication des agences régionales de santé (ARS) et des établissements de santé est nécessaire pour garantir la formation des professionnels et s'assurer du respect effectif des obligations relatives au secret médical. Les formations partagées entre personnels de santé et personnels pénitentiaires doivent également être favorisées pour permettre une meilleure appréhension des missions et des impératifs de chacun, et le respect des bonnes pratiques.

### **Cas d'une extraction médicale nécessitant une préparation préalable**

Certains soins nécessitent une prémédication ou une préparation. Pour des raisons de sécurité, celles-ci sont organisées, dans le respect du secret médical, en coordination étroite avec l'administration pénitentiaire, afin que la personne détenue ait connaissance de son extraction prochaine le plus tardivement possible. Le personnel sanitaire s'assure alors de la réalisation de la prémédication avant l'extraction de la personne.



# CHAPITRE 2

## LE DOSSIER MÉDICAL

Le dossier médical de la personne détenue doit permettre son suivi tout au long de son incarcération, quels que soient la durée et les lieux successifs de sa détention.

Un dossier médical « patient » est constitué pour chaque personne détenue, dès son entrée dans un établissement pénitentiaire, par le service médical de l'établissement de santé correspondant (USMP). Les dispositions réglementaires du CPP prévoient qu'il est conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé désigné par le directeur général de l'ARS. Son contenu, sa gestion, son transfert, son devenir et ses conditions d'accès sont soumis aux règles de droit commun.

Il contient les éléments prévus aux articles R. 1111-1 à R. 1112-9 et R. 1112-2 du CSP qui énumèrent un ensemble d'informations, de documents et de sous-dossiers qui doivent nécessairement figurer dans le dossier médical. Cette liste n'est pas exhaustive mais indique les éléments devant *a minima* y être inclus. Cependant, s'agissant d'un dossier de consultation, si son support est laissé à l'appréciation de l'établissement de santé, son contenu doit être exhaustif sur l'ensemble des actes prodigués.

Un dossier médical peut également être constitué par un établissement de santé – qui peut être différent de l'établissement de santé de proximité désigné par le directeur général de l'ARS. L'établissement de santé est responsable de sa conservation.

## FICHE 1

# GESTION, TRANSFERT ET DEVENIR DU DOSSIER MÉDICAL DES PERSONNES DÉTENUES

## 1 - GESTION AU SEIN DE L'UNITÉ SANITAIRE

Le dossier médical de la personne détenue est placé sous la responsabilité exclusive de l'établissement de santé. Il est conservé dans les locaux de l'USMP de l'établissement pénitentiaire où est écroué le patient et dans des conditions garantissant le respect de la confidentialité.

Le service médical doit bénéficier de locaux sécurisés, les dossiers n'étant accessibles qu'aux seuls soignants<sup>1</sup>. L'absolue confidentialité des données est garantie, quel que soit le support de l'information<sup>2</sup>, et spécifiquement dans le cadre des supports informatiques<sup>3</sup>.

## 2 - MODALITÉS DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS MÉDICALES

### En cas de transfert d'une personne détenue vers un autre établissement pénitentiaire

Les informations médicales nécessaires à sa prise en charge (copie du dossier médical, par exemple) sont transmises au responsable médical de l'unité sanitaire du nouvel établissement, dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité (pli cacheté). L'original du dossier est archivé par l'établissement hospitalier de l'USMP d'origine.

### En cas d'extraction ou transfèrement vers un établissement de santé

Les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire, dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité<sup>4</sup>, et dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP relatives au secret médical.

1. Art. D. 375 du CPP.

2. Art. L. 1110-4 du CSP.

3. Art. L. 1110-4-1 du CSP.

4. Art. D. 375 du CPP.

### En cas de libération de la personne détenue

---

Les éléments essentiels du dossier médical nécessaires à la continuité des soins doivent être adressés au médecin désigné par la personne libérée.

« À la fin de chaque séjour hospitalier, une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum<sup>5</sup>. » L'original du dossier est archivé par l'établissement hospitalier de l'USMP.

### En cas de décès de la personne détenue

---

Tenu par le secret médical même après le décès du patient, le médecin ne peut pas divulguer le contenu du dossier à un tiers, quel qu'il soit. « *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou la personne liée par un PACS, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* <sup>6</sup> [...] *La personne autorisée par la loi qui souhaite accéder aux informations médicales concernant la personne décédée, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4, doit préciser, lors de sa demande, le motif pour lequel elle a besoin d'avoir connaissance de ces informations.*

*Le refus d'une demande opposé à cet ayant droit est motivé. Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical<sup>7</sup>. »*

L'accès au dossier médical peut être retardé si celui-ci a été saisi dans le cadre d'une procédure judiciaire.

---

## 3 - ARCHIVAGE DES DOSSIERS MÉDICAUX

L'archivage des dossiers médicaux par les unités sanitaires des établissements pénitentiaires relève du régime des archives publiques hospitalières. L'article R. 1112-7 du CSP<sup>8</sup> réduit de façon sensible la durée de conservation des dossiers médicaux des établissements de santé (publics et privés). L'article R. 1112-7 du CSP fixe un délai de vingt ans pour la conservation des archives des dossiers médicaux. Qu'il s'agisse des dossiers « papiers » ou informatiques, ils doivent être conservés dans des conditions qui garantissent leur confidentialité et leur intégrité.

---

5. Art. R. 1112-1 du CSP.

6. Art. L. 1110-4 du CSP.

7. Art. R. w1111-7 du CSP.

8. Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006.

## FICHE 2

# ACCÈS DES PERSONNES DÉTENUES À LEUR DOSSIER MÉDICAL

Les personnes détenues bénéficient d'un droit d'accès à leur dossier médical et aux informations de santé les concernant. Les règles de droit commun précisées dans l'article L. 1111-7 du CSP sont applicables.

La totalité du dossier est transmise en copie, et non en original. Il inclut les courriers, les comptes rendus et les documents divers concernant la prise en charge du patient.

L'accès au dossier médical peut se faire directement ou par l'intermédiaire d'un médecin désigné par la personne détenue.

## 1 - RÉGLEMENTATION GÉNÉRALE

Les dispositions relatives à la communication aux patients des informations contenues dans le dossier médical et à l'information des personnes soignées, s'appliquent au dossier médical de la personne détenue. Ce dossier est régi par les dispositions des articles R. 1111-1 à R. 1111-6 et R. 1112-1 à R. 1112-9 du CSP.

Ces dispositions sont les suivantes :

- toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels et des établissements de santé<sup>9</sup> ;
- la personne détenue peut accéder à ces informations directement, ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet<sup>10</sup> ;
- la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin<sup>11</sup> ;
- la consultation des informations, dans le cadre d'une intervention d'urgence, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur<sup>12</sup> ;
- pour les mineurs, les personnes pouvant exercer le droit d'accès sont le ou les détenteurs de l'autorité parentale, sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5. Le mineur peut demander que cet accès ait lieu en présence d'un médecin<sup>13</sup> ;

9. Art. L. 1111-7, 1<sup>er</sup> §.

10. Art. L. 1111-7, 2<sup>e</sup> §.

11. Art. L. 1111-7, 3<sup>e</sup> §.

12. Art. L. 1111-7, 4<sup>e</sup> §.

13. Art. L. 1111-7, 5<sup>e</sup> §.

- les ayants droit d'une personne décédée peuvent accéder aux informations médicales, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4<sup>14</sup>.

## 2 - PROCÉDURES SPÉCIFIQUES

### 2-A. INTERVENTION D'UNE TIERCE PERSONNE

Si la personne détenue fait le choix de se faire accompagner ou assister par un médecin, elle doit indiquer à l'unité sanitaire le nom et les coordonnées du médecin choisi. Après s'être assuré de la qualité de médecin de la personne désignée, l'établissement de santé peut, selon son choix ou celui du demandeur, lui adresser ou lui remettre les documents.

Pour communiquer des informations à la personne détenue<sup>15</sup>, le médecin doit demander un permis de visite à l'autorité compétente (magistrat saisi du dossier de l'information s'agissant des prévenus, chef d'établissement s'agissant des personnes condamnées). Le permis de visite doit préciser que le médecin est autorisé à amener une copie des documents, la remise de ceux-ci à la personne concernée n'étant toutefois pas autorisée<sup>16</sup>. Dans l'hypothèse où le médecin désigné souhaiterait communiquer ces informations par courrier à la personne détenue, il est rappelé qu'il n'est pas fait exception dans ce cas aux dispositions relatives aux contrôles des courriers<sup>17</sup>.

Dans la mesure où la personne détenue souhaiterait disposer d'une copie de son dossier médical en cellule, celle-ci s'expose à le voir contrôler par les personnels pénitentiaires lors de fouilles.

### 2-B. LES MINEURS OU LES MAJEURS PROTÉGÉS

Le droit d'accès au dossier médical des mineurs ou des majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection judiciaire est exercé, selon le cas, par le titulaire de l'autorité parentale ou la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du CC.

Concernant le mineur, celui-ci peut demander à ce que la communication des informations médicales le concernant ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Ce dernier est alors choisi par le détenteur de l'autorité parentale. L'accès au dossier médical peut s'opérer, soit par sa consultation sur place, dans un local administratif de l'établissement pénitentiaire (sous réserve de la délivrance d'une autorisation d'accès au titulaire de l'autorité

14. Art. L. 1111-7, 7<sup>e</sup> alinéa.

15. Art. R. 1112-1 du CSP.

16. Art. 49 de la loi pénitentiaire de 2009 + Circulaire JUSK11400029C du 20 février 2012 relative au maintien des liens extérieurs : « Les visites peuvent s'effectuer au parloir si ces derniers permettent la stricte confidentialité : parloirs réservés aux avocats, parloirs familiaux, parloirs classiques aux horaires séparés des heures de visite habituelle, etc. ».

17. Art. 40 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

parentale et au médecin par le chef d'établissement ou à l'établissement de santé de rattachement de l'unité sanitaire), soit par l'envoi d'une copie des documents concernés<sup>18</sup>.

Lorsqu'un mineur souhaite garder le secret sur un traitement, une action de prévention, un dépistage, un diagnostic ou une intervention dont il a fait l'objet dans les conditions prévues aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP, il peut demander au personnel médical de mentionner dans son dossier son opposition à l'information du titulaire de l'autorité parentale. En cas de demande de ce dernier, le personnel médical doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur ; si le mineur persiste dans son refus de communiquer les informations concernées, son choix est respecté.

Le dossier médical d'une personne détenue mineure n'est plus communicable au titulaire de l'autorité parentale une fois que celle-ci a atteint sa majorité.

---

18. Art. L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP.

## FICHE 3

# COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL À DES MÉDECINS EXTÉRIEURS

## 1 - RÉGLEMENTATION GÉNÉRALE

L'article L. 1110-4 du CSP précise les conditions d'échange et de partage des informations relatives à une personne dans le cadre de sa prise en charge.

Les professionnels de santé peuvent échanger avec d'autres professionnels identifiés des informations relatives à la personne prise en charge, à condition que ceux-ci y participent et que les informations concernées soient strictement nécessaires à la coordination, à la continuité des soins et au suivi du patient.

Lorsque les professionnels appartiennent à la même équipe de soins, telle que définie à l'article L. 1110-12 du CSP, les informations sont réputées confiées par la personne à toute l'équipe. En dehors de l'équipe de soins, le partage d'informations nécessaires à la prise en charge de la personne requiert son consentement préalable. Dans tous les cas, la personne dispose d'un droit d'opposition à l'échange et au partage.

La communication du dossier médical des personnes détenues à des praticiens extérieurs est également soumise aux règles déontologiques de droit commun en la matière<sup>19</sup>.

Lorsqu'une hospitalisation ou des examens spécifiques sont nécessaires, le médecin de l'unité sanitaire est tenu de communiquer, avec l'accord du patient détenu et des détenteurs de l'autorité parentale si le patient est mineur, les éléments du dossier médical indispensables à la continuité des soins.

De même, l'accès au dossier médical d'une personne détenue (ou hospitalisée sans son consentement) par le médecin du Comité européen de prévention de la torture ou le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ne peut être autorisé qu'avec le consentement de cette personne.

19. Art. R. 4127-45 du CSP.

---

## 2 - EXCEPTIONS

### 2-A. COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL DANS LE CADRE DE MISSIONS D'INSPECTION<sup>20</sup>

« Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins-conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions. »

### 2-B. COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL SUR RÉQUISITION JUDICIAIRE

Le dossier médical peut également être saisi, sur réquisition de l'autorité judiciaire, en l'absence d'accord de la personne concernée. Dans ce cas, il est nécessaire que le directeur de l'établissement de santé (ou son représentant) soit présent ainsi qu'un médecin responsable de l'unité sanitaire et un représentant du conseil de l'ordre des médecins.

### 2-C. COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL DANS LE CADRE D'UNE URGENCE

Dès lors qu'il est fait appel au service des urgences ou à un médecin de garde, en dehors des horaires d'ouverture de l'USMP, le dossier médical doit pouvoir être communiqué au médecin qui se présente. À cet effet, l'USMP et l'établissement pénitentiaire doivent prévoir une procédure d'accès tracée qui préserve le secret médical.

---

20. Art. L. 1112-1 du CSP.

## FICHE 4

# LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Le dossier médical personnel instauré par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 est devenu le dossier médical partagé (DMP) depuis la publication de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions y afférant sont codifiées aux articles L. 161-36-2 du CSS et L. 1111-14 et suivants du CSP. Il s'agit d'un carnet de santé informatisé et sécurisé, accessible sur internet.

### 1 - OBJECTIFS

L'objectif du DMP est de créer un service pour mettre à la disposition des bénéficiaires de l'assurance maladie un dossier médical placé sous son contrôle. Il aura pour vocation d'assurer la prévention, la continuité des soins et d'en améliorer la qualité en facilitant la coordination et les échanges d'informations entre professionnels de santé. Ce dossier est en cours de déploiement.

### 2 - PRINCIPES

L'article L. 1111-14 du CSP dispose que tout assuré social peut bénéficier d'un dossier médical partagé, avec son consentement. Le DMP est un service public gratuit qui permet au patient d'obtenir un dossier médical informatisé, stocké chez un hébergeur de données agréé par le ministère chargé de la Santé. Accessible sur internet, il est conçu comme un ensemble de services permettant à la personne concernée et aux professionnels de santé autorisés par elle, de partager, sous forme électronique, partout et à tout moment, les informations de santé utiles à la coordination des soins qui lui sont prodigués. Le DMP peut ainsi centraliser des informations telles que les antécédents et les allergies, les prescriptions médicamenteuses, les comptes rendus d'hospitalisation et de consultations, ou encore les résultats d'examens complémentaires.

Le choix de créer un tel dossier relève du patient, qui garde à tout moment la possibilité de le fermer, de supprimer tout ou partie des documents qu'il contient, ou de masquer certaines données de santé. Le DMP respecte les droits des personnes (principes de l'information, du consentement et de la confidentialité). Il est strictement réservé au patient en cause et aux professionnels de santé autorisés.

Ont accès au DMP le patient lui-même depuis un accès internet avec ses codes confidentiels, ainsi que les professionnels auquel il aura donné accès. Les professionnels de santé y ont également accès en cas d'urgence, sauf opposition du patient.

---

### 3 - DÉPLOIEMENT

Le déploiement du DMP repose sur la résolution de problématiques diverses : l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information, l'organisation des maîtrises d'ouvrage régionales et, plus largement, l'implication de tous les acteurs concernés.

Le DMP sera donc diffusé progressivement au niveau national, y compris en milieu carcéral où des problématiques spécifiques comme l'accès de la personne détenue à son DMP doivent être préalablement résolues.



# CHAPITRE 3

## LES CERTIFICATS

L'article R. 4127-76 du CSP dispose : « *L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.* »

« *Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.* »

Bien qu'employés par différents textes législatifs et réglementaires, les termes « certificats », « attestations », « avis » ne font l'objet d'aucune définition juridique. Ainsi, un certificat, comme une attestation, est un document écrit ayant pour objet l'établissement d'un fait, d'une situation. S'agissant de documents médicaux, l'objet principal est la détermination de l'état de santé. L'avis, en revanche, peut être oral ou écrit. S'agissant de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, l'avis écrit est privilégié. Ces avis n'étant pas nécessairement des « avis conformes », l'administration pénitentiaire n'est pas obligatoirement liée par eux.

Ces trois documents doivent être établis avec toute la circonspection nécessaire : ne sont fournis que les éléments strictement nécessaires, dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur. L'établissement de ces documents est soumis aux règles de déontologie médicale, notamment celles relatives à l'exercice personnel, l'indépendance professionnelle et le secret professionnel (auquel il ne peut être dérogé qu'en vertu d'une loi).

Les originaux des documents médicaux sont remis en main propre aux patients. Une copie figure au dossier médical.

## RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN

L'établissement de documents médicaux engage la responsabilité disciplinaire et pénale du médecin qui les a établis. De plus, s'il en résulte un dommage, la responsabilité civile de ce médecin peut être engagée aux fins d'indemnisation.

### 1 - DEVANT LES CHAMBRES DISCIPLINAIRES DE L'ORDRE DES MÉDECINS

L'article R. 4127- 28 du même Code dispose que : « *La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.* »

Tout manquement à cette obligation déontologique pourra, en vertu de l'article L. 4126 du CSP, faire l'objet de sanctions disciplinaires.

### 2 - DEVANT LES JURIDICTIONS PÉNALES

L'article 441-7 du CP dispose : « *Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait :*

- 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;*
- 2° de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ;*
- 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. »*

« *Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui.* »

L'article 441-8 du CP dispose :

« *Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait, par une personne agissant dans l'exercice de sa profession, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages quelconques pour établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts [...].*

*Est puni des mêmes peines le fait de céder aux sollicitations prévues à l'alinéa précédent ou d'user de voies de fait ou de menaces ou de proposer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques pour obtenir d'une personne agissant dans l'exercice de sa profession qu'elle établisse une attestation ou un certificat faisant état de faits inexacts [...].*

*La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque la personne visée aux deux premiers alinéas exerce une profession médicale ou de santé et que l'attestation faisant état de faits inexacts*

*dissimule ou certifie faussement l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause d'un décès. »*

Les documents médicaux peuvent être délivrés soit à la demande de la personne détenue, de l'administration pénitentiaire ou des autorités administratives, soit à l'initiative du médecin lors de son exercice professionnel.

Dans le cadre d'une procédure de suspension de peine ou de mise en liberté pour raison médicale, les documents nécessaires sont établis par le médecin de l'USMP selon des modalités précisées dans le *Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale*.

## FICHE 2

# CERTIFICATS REMIS À LA PERSONNE DÉTENUÉ EN MATIÈRE DE LÉGISLATION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Le médecin délivre à la personne détenue, à sa demande ou à celle des détenteurs de l'autorité parentale lorsque la personne détenue est mineure, tous documents relatifs à son état de santé, dans les mêmes conditions qu'en milieu libre. Ceux-ci sont remis en main propre à la personne détenue et, sous réserve de son accord écrit, à sa famille ou à son conseil<sup>1</sup>.

## 1 - ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Le médecin délivre à la personne détenue, à sa demande, tous documents indispensables pour bénéficier des avantages qui lui sont reconnus par la Sécurité sociale, notamment ceux prévus par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles<sup>2</sup>.

### 1-A. ACCIDENTS DU TRAVAIL

Pour les accidents ayant entraîné une incapacité de travail, le médecin établit en double exemplaire un certificat indiquant l'état de la victime, les conséquences de l'accident ou ses suites éventuelles. Il y indique en particulier la durée probable de l'incapacité de travail si les conséquences ne sont pas exactement connues. Le premier exemplaire est remis au chef d'établissement à qui il appartient d'en transmettre, sans délai, une copie à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Le second est délivré à la personne détenue.

Il en est de même pour le constat de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, de la consolidation<sup>3</sup>. La date de la guérison ou de la consolidation de la blessure est fixée par le chef d'établissement pénitentiaire en fonction de l'avis émis par le médecin.

1. Art. D. 382 du CPP.

2. Art. D. 382 du CPP.

3. Art. D. 412-45 du CSS.

En cas de désaccord, il est fait appel à un médecin expert de la Sécurité sociale<sup>4</sup>. Les procédures de déclaration des accidents du travail et les conditions de leur indemnisation sont définies par les articles D. 412-38 à D.412-62 du CSS.

Si la libération de la personne détenue intervient avant la guérison ou la consolidation de la blessure, il appartient au médecin de l'USMP de communiquer au médecin-conseil de la CPAM, sur sa demande, tous renseignements utiles concernant les soins antérieurement donnés à la victime. L'administration pénitentiaire doit également communiquer les éléments en sa possession à la demande de la CPAM<sup>5</sup>.

### I-B. MALADIES PROFESSIONNELLES

Le médecin établit un certificat médical en triple exemplaire (un victime, un CPAM, un inspecteur du travail) et en remet un exemplaire à la personne détenue. Il indique la nature de la maladie, ses manifestations ainsi que les suites probables conformément aux dispositions de l'article L. 461-5 du CSS.

Il en va de même s'agissant du certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade ou indiquant les conséquences définitives de la maladie<sup>6</sup>.

Cas des arrêts de travail pour maladie, déclarés avant l'incarcération : la prolongation éventuelle de l'arrêt doit être prescrite par un médecin et déclarée à l'aide des imprimés « Cerfa ». Le fait que la personne détenue ne bénéficie pas des indemnités journalières ne dispense pas de ces prolongations.

---

## 2 - ARRÊT ET INCAPACITÉ À UNE ACTIVITÉ

Le médecin doit informer la personne détenue si son état de santé l'empêche d'exercer une activité au sens de l'article 27 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, de façon temporaire ou permanente (telle que décrite par la personne). Il lui remet alors une attestation descriptive de son état, qu'il revient à la personne détenue de transmettre à l'administration pénitentiaire.

Une attention particulière est portée lorsque la personne détenue présente une infection transmissible, en particulier concernant les modalités pour éviter la contamination d'autres personnes.

---

4. Art. D. 412-63 du CSS.

5. Art. D. 412-46 du CSS.

6. Art. D. 412-71 du CSS.

## FICHE 3

# CERTIFICATS REMIS À LA PERSONNE DÉTENUÉ DANS D'AUTRES SITUATIONS

Conformément aux dispositions de l'article R. 57-8-1 du CPP, des documents médicaux peuvent être produits à la demande de la personne détenue dans des situations particulières.

## 1 - PERSONNES AMENÉES À MANIPULER DES DENRÉES ALIMENTAIRES

Les établissements pénitentiaires et les personnes détenues amenées à manipuler des denrées alimentaires dans le cadre d'une activité doivent respecter le règlement (CE) n° 852/2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, qui prévoit les dispositions générales d'hygiène pour tous les exploitants du secteur alimentaire (sauf production primaire)<sup>7</sup>.

La personne détenue, comme toutes les autres personnes travaillant dans la zone où des denrées alimentaires sont manipulées, doit respecter un niveau élevé de propreté personnelle, notamment l'hygiène des mains, et porter des tenues adaptées et propres assurant, si cela est nécessaire, sa protection.

La personne atteinte d'une maladie susceptible d'être transmise par les aliments ou porteuse d'une telle maladie, ou souffrant, par exemple, de plaies infectées, d'infections, de lésions cutanées ou de diarrhée ne doit pas être autorisée à manipuler les denrées alimentaires et à pénétrer dans la zone susmentionnée lorsqu'il existe un risque de contamination directe ou indirecte des aliments.

Il revient à la personne détenue atteinte de signaler immédiatement au responsable de l'activité une maladie ou des symptômes pouvant être responsables d'une contamination directe ou indirecte des aliments et, si possible, de leurs causes. Le responsable d'activité mettra en place des mesures adaptées pour prévenir la contamination des denrées alimentaires et orientera la personne détenue vers l'unité sanitaire.

Avant d'affecter des personnes détenues à des activités impliquant de manipuler des denrées alimentaires, le responsable de l'activité s'assure que la personne détenue a compris ces règles. Il peut, le cas échéant en cas de besoin, demander à l'unité sanitaire de faire bénéficier cette personne, en communiquant son nom, d'une séance d'information/éducation à la santé, sur les maladies susceptibles d'être transmises par les aliments et sur les infections pouvant présenter un risque pour la manipulation de denrées alimentaires.

7. Règlement CE N° 852/2004 du Parlement européen et du conseil du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires.

---

## 2 - ACTIVITÉ SPORTIVE

Le médecin de l'USMP réalise l'examen médical des personnes détenues sollicitant une attestation relative à la pratique d'une activité sportive<sup>8</sup>. Il peut délivrer un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport (CNCI) ou prescrire des examens complémentaires. Il peut également demander un avis en médecine du sport selon le type de sport ou au vu des antécédents sportifs et médicaux de la personne.

---

## 3 - CHANGEMENT D'AFFECTATION, MODIFICATION OU AMÉNAGEMENT DU RÉGIME DE DÉTENTION

Le médecin de l'USMP réalise l'examen des personnes détenues sollicitant pour raison médicale un changement d'affectation, une modification ou un aménagement quelconque de leur régime de détention<sup>9</sup>.

Le médecin de l'USMP délivre aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu, ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé. Un double de cette attestation est remis à la personne détenue à sa demande<sup>10</sup>.

---

## 4 - ATTESTATION DE SUIVI RÉPONDANT À L'ARTICLE 763-7 DU CPP<sup>11</sup>

Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté, conformément au troisième alinéa de l'article 717-1 du CPP.

La personne condamnée est immédiatement informée par le juge de l'application des peines – ou le juge des enfants s'il s'agit d'un mineur – de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre ce traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les ans.

Pour les personnes condamnées déjà écrouées, le juge de l'application des peines pourra les inciter aux soins. Ne pas s'y soumettre empêchera la personne condamnée de bénéficier d'aménagements et de réductions de peine.

En cas de suspension ou de fractionnement de la peine, de placement à l'extérieur sans surveillance ou de mesure de semi-liberté, les obligations résultant du suivi socio-judiciaire sont applicables.

---

8. Art. R. 57-8-1 du CPP.

9. Art. R. 57-8-1 du CPP.

10. Art. D. 382 du CPP.

11. Tendait à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédures pénales.

Dans tous ces cas, la personne détenue peut être amenée à solliciter une attestation de suivi, qui lui est remise en main propre.

---

## 5 - CERTIFICATS DE COUPS ET BLESSURES

Ces certificats sont de même nature qu'en droit commun.

Les annexes à l'article R. 4127-76 du CSP disposent que les « *certificats médicaux en matière de violences involontaires<sup>12</sup> ou en cas de violences et voies de fait volontaires<sup>13</sup> [...] doivent préciser une notion d'incapacité totale de travail (ITT) dont l'évaluation de la durée va déterminer le tribunal compétent pour en juger, et devant lequel sera déféré l'auteur des faits* ».

Ils peuvent être établis sur demande de l'intéressé, ou des détenteurs de l'autorité parentale si l'intéressé est mineur, et leur sont remis en main propre.

---

### Séances ou mauvais traitements<sup>14</sup>

Le Code de déontologie médicale dispose : « *Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.* » Le CP, au deuxième alinéa de l'article 226-14 susmentionné, désigne le procureur de la République comme étant la personne à laquelle doit être fait le signalement.

Le médecin doit informer la personne détenue des démarches entreprises et lui donner un double des documents établis. Le chef d'établissement en est informé avec l'accord de la personne détenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, le médecin doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter l'autorité judiciaire avec ou sans accord de la personne concernée.

---

12. Art. 222-19 et 222-20 du CP.

13. Art. 222-11, 222-13 et 222-14 du CP.

14. Art. R. 4127-10 du CSP et 226-14 du CP.

## FICHE 4

# CERTIFICATS REMIS À L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

À la demande des autorités pénitentiaires, le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire peut délivrer des documents médicaux, dans les cas prévus par l'article D. 382 du CPP.

Les documents émis à la demande des autorités pénitentiaires ne doivent contenir que les renseignements strictement nécessaires à la finalité poursuivie, à l'exclusion de tout élément de diagnostic.

Dans tous les cas, le médecin informe la personne détenue et lui remet, à sa demande, un double de ces documents. L'autre double est conservé dans le dossier médical du patient.

# CHAPITRE 4

## HABILITATION ET AUTORISATION D'ACCÈS

Les personnels médicaux et non médicaux appelés à intervenir en milieu pénitentiaire sont désignés par les établissements de santé signataires des protocoles. Le directeur de l'établissement de santé est seul compétent pour se prononcer sur la qualification professionnelle de ces intervenants.

Ils sont soumis à une procédure d'habilitation ou d'autorisation d'accès qui peut comprendre une enquête administrative.

Les personnels soignants intervenant en unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et en unités hospitalières spécifiquement aménagées (UHSA) ne sont pas soumis à cette procédure<sup>1</sup>. Le centre hospitalier fournit la liste des intervenants dans ces structures au responsable pénitentiaire.

---

1. Circulaire du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

## PROCÉDURE D'HABILITATION<sup>2</sup>

### I - LA DEMANDE D'HABILITATION

S'agissant de l'autorité investie du pouvoir d'habilitation et du moment de l'habilitation, il convient de distinguer deux cas :

- **les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein dans les USMP** sont habilités par le ministre de la Justice, préalablement à leur nomination ;
- **les praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel dans ces structures, ainsi que les autres personnels médicaux et non médicaux hospitaliers**, sont habilités par le directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent, préalablement à leur nomination ou à leur affectation.

Dès lors qu'ils postulent pour exercer en milieu pénitentiaire, les personnels médicaux et hospitaliers déposent immédiatement une demande d'habilitation auprès de l'autorité compétente. La demande est présentée par le directeur de l'établissement de santé.

Pour fonder son avis, l'administration pénitentiaire ou la direction interrégionale des services pénitentiaires peuvent faire effectuer une enquête administrative, qui peut donner lieu à la consultation de fichiers informatisés de données personnelles<sup>3</sup>. Celle-ci est effectuée, à la demande de l'administration, par le préfet de département du lieu de résidence et, à Paris, par le préfet de police<sup>4</sup>.

L'obtention de l'habilitation est subordonnée à l'absence d'une condamnation justifiant l'inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire, pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs.

Toute décision de refus d'habilitation est motivée et transmise à l'intéressé<sup>5</sup>.

L'habilitation est accordée, pour une période de cinq ans, renouvelable par tacite reconduction.

Les personnels sanitaires sont informés par le directeur interrégional des services pénitentiaires, ou son représentant, des conditions d'exercice en milieu pénitentiaire et des obligations résultant des diverses dispositions du CPP<sup>6</sup>.

2. Art. R. 79, 22° et D. 386 à 388 du CPP.

3. Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne et décret n° 2002-424 du 28 mars 2002 fixant la liste des enquêtes administratives pouvant donner lieu à la consultation de traitements autorisés de données personnelles. Art. 17 de la loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité n° 95-73 du 21 janvier 1995 modifié par l'art. 25 de la loi n° 2003-239 pour la sécurité intérieure.

4. Art. D. 386-1 du CPP.

5. Art. D. 386-1 du CPP.

6. Art. D. 387 du CPP.

Au moment de leur prise de fonction, le chef de l'établissement pénitentiaire informe les personnels sanitaires des conditions d'exercice en milieu pénitentiaire et leur remet, contre émargement, un exemplaire du règlement intérieur<sup>7</sup> et les dispositions du CPP ayant trait à l'organisation sanitaire en milieu pénitentiaire<sup>8</sup>.

## 2 - LA SUSPENSION ET LE RETRAIT D'HABILITATION

### 2-A. SUSPENSION OU RETRAIT POUR MANQUEMENT GRAVE AUX RÈGLEMENTS PÉNITENTIAIRES<sup>9</sup>

L'habilitation peut être suspendue en cas de manquement grave aux dispositions du CPP ou à celles du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire.

Préalablement à toute mesure de suspension, le directeur de l'établissement de santé est obligatoirement informé, par écrit, de la situation, par le directeur interrégional des services pénitentiaires pour les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein ou par le chef d'établissement pénitentiaire pour les autres catégories de personnel.

La suspension de l'habilitation, qui est une mesure provisoire, est prononcée par le directeur interrégional des services pénitentiaires pour les personnes habilitées par le ministre de la Justice, et par le chef d'établissement pénitentiaire pour celles habilitées par le directeur interrégional. Cette décision doit être motivée et notifiée à l'intéressé.

La décision de retrait ou de maintien de l'habilitation est prise au plus tard dans le mois suivant la suspension.

L'autorité compétente est celle qui a prononcé l'habilitation. La décision doit être motivée et notifiée à l'intéressé.

Préalablement à cette décision, l'administration pénitentiaire est tenue d'informer la personne habilitée suffisamment à l'avance (dans la mesure du possible, sous 15 jours) de la décision qu'elle envisage de prendre à son encontre, de lui communiquer son dossier, de recueillir ses observations écrites ou orales et de prendre l'avis de l'autorité investie du pouvoir de nomination ou d'affectation.

Concernant les praticiens hospitaliers, l'autorité correspondante est le directeur général du centre national de gestion (CNG).

Quant aux personnels paramédicaux et administratifs, l'autorité correspondante est le directeur de l'établissement de santé.

7. Art. D. 387 du CPP.

8. Annexe H – art. R. 57-8-1 à R. 57-8-6 et art. D. 360 à D. 399 du CPP.

9. Art. D. 388 du CPP.

## 2-B. RETRAIT EN CAS DE CONDAMNATION<sup>10</sup>

L'habilitation est retirée de plein droit lorsque la personne a fait l'objet d'une condamnation justifiant l'inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire, pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs.

---

10. Art. D. 386-1 du CPP.

## FICHE 2

# AUTORISATION D'ACCÈS<sup>11</sup>

Toute personne étrangère au service ne peut être admise à visiter un établissement pénitentiaire qu'en vertu d'une autorisation spéciale délivrée par le chef d'établissement<sup>12</sup>.

L'autorisation d'accès est délivrée par le chef de l'établissement pénitentiaire :

- à des personnels hospitaliers intervenant à titre temporaire pour une durée inférieure à trois mois, en remplacement d'un personnel habilité, sur proposition du directeur de l'établissement de santé ;
- à des personnels hospitaliers intervenant épisodiquement à la demande du responsable de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire à hauteur de six interventions par an au plus ;
- aux personnels des ARS en charge des soins en détention.

Dans le cas d'une intervention régulière mais espacée dans le temps, une habilitation peut être donnée :

- **aux personnes intervenant au titre des collectivités territoriales et aux membres du réseau associatif spécialisé**<sup>13</sup> dans le cadre des actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- **aux personnels de structures spécialisées intervenant au titre de la prise en charge des soins** (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, opticiens, podologue, etc.) ;
- **aux personnels assurant des soins à la personne, dans le cadre d'une perte d'autonomie** (aide à la toilette, l'habillage, etc.) ;
- **aux personnels des entreprises privées assurant l'entretien des locaux des unités sanitaires**, lorsque cette fonction n'est pas assurée par des agents des services hospitaliers ;
- **aux personnels en stage dans les services de soins**, dans le cadre de conventions signées entre l'établissement de santé de rattachement, l'organisme de formation et le stagiaire ;
- **aux personnels de santé au titre de la permanence des soins** : un protocole signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné, définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en urgence dans les établissements pénitentiaires. Il permet de garantir aux personnes détenues un accès aux soins d'urgence, dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population<sup>14</sup> ;

11. Art. D. 277 et D. 389 à D. 390-1 du CPP.

12. Art. D. 277 à D. 279-1 du CPP.

13. Art. D. 390 du CPP.

14. Art. 46 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

- **aux membres du comité d'hygiène et de sécurité au travail de l'établissement de santé de rattachement.**  
Lorsque plusieurs établissements pénitentiaires sont rattachés à un même établissement de santé, l'autorisation d'accès est délivrée par le directeur interrégional des services pénitentiaires<sup>15</sup>.

Sauf situation motivée par l'urgence, cette autorisation n'est délivrée qu'après enquête administrative, diligentée par le préfet et réception du bulletin n° 2 du casier judiciaire.

Pour des motifs exceptionnels, l'accès à l'établissement peut être différé par le chef d'établissement.

---

15. Art. D. 277 du CPP.



# CHAPITRE 5

## SÉCURITÉ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

## FICHE 1

# IMPÉRATIFS DE SÉCURITÉ À RESPECTER PAR LES PERSONNELS HOSPITALIERS

En matière de sécurité, les personnels hospitaliers doivent se conformer aux dispositions du CPP, aux circulaires et aux notes de l'administration pénitentiaire portées à leur connaissance, ainsi qu'au règlement intérieur de l'établissement.

En cas de non-respect avéré de règles de sécurité pouvant mettre en danger les personnes ou la sécurité de l'établissement, le chef d'établissement peut suspendre dans l'urgence l'autorisation d'accès de la personne.

## 1 - RÈGLES DE SÉCURITÉ GÉNÉRALES

Le personnel hospitalier est soumis aux mêmes mesures de sécurité que tous les visiteurs : vérification d'identité à l'entrée, contrôle du matériel, formalités de contrôle de leurs effets à l'entrée de l'établissement par les techniques d'usage (portique de détection, détecteur manuel et présentation d'un certificat médical si nécessaire), attente aux divers postes de contrôle et aux grilles liées aux mouvements, à l'intérieur de la structure (établissement pénitentiaire ou UHSI et UHSA).

Le personnel hospitalier veille, par ailleurs, à respecter des règles de sécurité simples, notamment :

- les locaux et bureaux sont maintenus fermés à clé en l'absence de personnel ;
- en présence d'une personne détenue, il ne doit être laissé sur les tables que le matériel strictement nécessaire à la consultation ou aux soins ;
- il doit signaler, sans délai, au personnel pénitentiaire tout événement pouvant compromettre la sécurité des personnes et de l'établissement : incident avec une personne détenue, perte ou détérioration d'un objet ou d'un matériel ;
- en cas d'incident nécessitant l'intervention du personnel pénitentiaire, le personnel hospitalier a à sa disposition des moyens d'alarme (bouton ou pédale d'alarme, ou alarme portative individuelle) ;
- pour des raisons de sécurité (utilisation de l'alarme en urgence, éviter les pertes ou les vols), le personnel hospitalier doit conserver en permanence sur lui l'alarme portative individuelle (API), qui lui est remise par le personnel pénitentiaire.

## 2 - RÈGLES DE SÉCURITÉ RELATIVES À L'ACCÈS À L'INFORMATIQUE ET AUX TÉLÉCOMMUNICATIONS

### 2-A. PRINCIPES GÉNÉRAUX

Chaque personnel hospitalier, dès lors qu'il se trouve au sein d'une enceinte pénitentiaire, doit être conscient que l'usage des moyens informatiques nécessite le respect de mesures de sécurité.

- L'utilisation des ressources informatiques mises à sa disposition relève de sa responsabilité. Les moyens informatiques des personnels hospitaliers, dont les ordinateurs portables, doivent au préalable :
  - avoir été déclarés auprès du chef d'établissement pénitentiaire ;
  - être autorisés par celui-ci et inventoriés par le correspondant local des systèmes d'information ou son représentant ;
  - être identifiables par un scellé de sécurité, apposé par un personnel de l'administration pénitentiaire.
- Aucun système de communication sans fil (Wifi, 3G, Bluetooth, etc.) d'un matériel informatique ne doit être activé à l'intérieur d'un site pénitentiaire.
- Le matériel informatique du personnel hospitalier doit uniquement être connecté sur le réseau hospitalier, lui permettant d'avoir accès aux communications externes (intranet partenaire, internet, messagerie). Aucune interconnexion avec le réseau local du site pénitentiaire n'est autorisée. Cependant, le personnel hospitalier disposant d'une habilitation Genesis est autorisé à accéder aux applications pénitentiaires relevant de cette habilitation à partir d'un poste de travail dédié.
- Le personnel hospitalier ne doit en aucune façon, de son fait volontaire ou par négligence :
  - permettre à une personne détenue d'accéder au matériel informatique et au réseau mis à sa disposition ;
  - faire usage de son matériel informatique pour le compte personnel d'une personne détenue.

L'utilisation de clefs USB en zone de détention est interdite. Seuls les supports optiques non réinscriptibles (CD-rom, DVD-rom), ne contenant pas d'informations sensibles ou de données personnelles (dossier patient) sont autorisés. En revanche, en zone administrative, l'usage de supports amovibles professionnels (clefs USB, disques durs externes) est autorisé. Les personnels sanitaires intervenant en situation d'urgence (Centre 15, SOS médecins) en détention sont autorisés à garder leur téléphone portable.

### 2-B. CONSIGNES DE SÉCURITÉ À RESPECTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR TOUTE APPLICATION INFORMATIQUE

Le mot de passe de connexion engage la responsabilité de son propriétaire : **comme tous les mots de passe, il est personnel. Il n'est pas transmissible, ne doit jamais être communiqué, ni ne doit être écrit sur aucun support, quel qu'il soit.** L'utilisateur doit signaler sans délai au responsable, ou au correspondant local, des systèmes d'information de l'établissement de santé, toute compromission de son mot de passe afin que celui-ci puisse être changé.

L'utilisateur ne doit pas :

- quitter son poste de travail en laissant un document ou une application en accès libre, notamment s'agissant des ordinateurs situés en zone de détention. En cas d'absence momentanée, l'utilisateur doit impérativement verrouiller/fermer sa session de travail ;
- laisser un autre utilisateur travailler sur son propre compte informatique ;
- faire usage, pour son propre compte ou pour le compte de tiers non autorisés, des informations auxquelles il a accès dans le cadre de l'accomplissement de sa mission ;

- prendre, à d'autres fins que la réalisation de sa mission, des copies des documents et des supports d'information confiés par le ministère de la Justice ;
- utiliser les informations auxquelles il a accès d'une manière qui soit préjudiciable à l'administration.

L'utilisateur doit :

- signaler au responsable ou au correspondant informatique de l'établissement de santé toute tentative d'utilisation non autorisée de son compte informatique ;
- accéder aux seuls informations et traitements associés entrant dans le cadre de sa mission ;
- prendre toutes mesures permettant d'éviter l'utilisation ou le traitement détourné ou frauduleux des informations auxquelles il a accès.

## FICHE 2

# RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ DES DATES DE RENDEZ-VOUS POUR LES SOIGNANTS

En aucun cas, les personnes détenues ne doivent être informées à l'avance des dates, des heures ou du lieu des extractions en milieu hospitalier.

Afin de garantir la confidentialité de la date et de l'heure de la consultation à l'hôpital, le chef d'établissement pénitentiaire doit mettre en place, en liaison avec l'unité sanitaire de chaque établissement pénitentiaire et le centre hospitalier de rattachement, une procédure permettant d'inscrire le rendez-vous médical de façon anonyme.

S'agissant des consultations en milieu hospitalier, les autorités sanitaires et pénitentiaires doivent se concerter afin :

- d'organiser le déplacement de personnes détenues à l'intérieur de l'hôpital ;
- de veiller à instituer les circuits de déplacement les mieux adaptés et à réduire au maximum les temps d'attente des personnes détenues.

Le centre hospitalier veille à organiser des conditions d'accueil discrètes et adaptées pour l'escorte pénitentiaire, en désignant par exemple des box au sein des urgences qui seront réservés en priorité à l'administration pénitentiaire.

Une parfaite circulation des informations entre le centre hospitalier et l'établissement pénitentiaire doit être systématiquement recherchée, afin d'éviter les annulations tardives de rendez-vous et d'optimiser le temps de présence des personnes détenues à l'hôpital.

Lorsqu'une hospitalisation est prévue, l'organisation de la relève de l'escorte pénitentiaire par les forces de sécurité intérieure chargées d'assurer la garde statique est utilement anticipée par la remise rapide aux agents pénitentiaires du bulletin d'hospitalisation.

De même, lorsque la personne détenue est hospitalisée pour raison somatique et qu'une hospitalisation, avec ou sans consentement, pour troubles psychiatriques est initiée à l'hôpital, le médecin informe le chef de l'établissement pénitentiaire concerné, comme le précise la procédure spécifique pour les hospitalisations en UHSA.



# CAHIER 2

## RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS PÉNITENTIAIRES

## FICHE 1

# RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AU SEIN DES UNITÉS SANITAIRES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE (USMP)

### 1 - LES PERSONNELS DE SURVEILLANCE AFFECTÉS

L'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnes concourant aux missions de santé dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire<sup>1</sup>. Les décisions d'affectation ou de retrait des personnels pénitentiaires dans les structures sanitaires relèvent de la compétence du chef d'établissement.

Des personnels de surveillance sont ainsi affectés par le chef d'établissement pénitentiaire dans les structures sanitaires, afin de gérer les mouvements des personnes détenues et de veiller à la sécurité. Ces personnels sont désignés par le chef d'établissement pénitentiaire, après avis du médecin responsable de la structure médicale.

Dans l'intérêt du service, ce dernier peut, après échange avec le chef d'établissement, solliciter le retrait par écrit d'un agent.

Les activités de soins se déroulent hors de la présence du personnel pénitentiaire. Dans le cas où une personne détenue est soumise à des mesures de surveillance spécifiques, ces dernières doivent être mises en œuvre dans le respect de la confidentialité de l'examen médical. Il appartient en effet à l'administration pénitentiaire, en concertation avec les équipes soignantes, de concilier, au vu du profil de l'intéressé, le respect de la confidentialité des soins prodigués et les mesures de sécurité destinées à prévenir tout incident.

**Situation particulière :** en cas de perturbations majeures de la vie en détention entravant le fonctionnement des structures sanitaires, le chef de l'établissement pénitentiaire, en accord avec le directeur de l'établissement de santé et le coordonnateur des structures sanitaires, doit veiller à ce que la prise en charge médicale des urgences et des soins indispensables puisse être assurée.

1. Art. D. 373 du CPP.

---

## 2 - LES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ

### 2-A. FOUILLES DE LOCAUX<sup>2</sup>

Les locaux des structures sanitaires peuvent être contrôlés par les personnels pénitentiaires. Le chef d'établissement pénitentiaire doit préalablement en informer le directeur de l'établissement de santé et le médecin responsable de la structure médicale afin que, le cas échéant, ceux-ci puissent y assister ou s'y faire représenter.

### 2-B. CONTRÔLE DES PERSONNES DÉTENUES (ART. 57 DE LA LOI PÉNITENTIAIRE DU 24 NOVEMBRE 2009<sup>3</sup>)

Les fouilles des personnes détenues avant l'accès aux unités sanitaires doivent être justifiées par la présomption d'une infraction ou par les risques que leur comportement fait courir à la sécurité des personnes et au maintien du bon ordre dans l'établissement. Leur nature et leur fréquence sont strictement adaptées à ces nécessités et à la personnalité des personnes détenues.

À titre exceptionnel, des investigations corporelles internes peuvent être sollicitées par le chef d'établissement auprès de l'autorité judiciaire. Elles sont réalisées par un médecin n'exerçant pas au sein de l'établissement pénitentiaire et requis, à cet effet, par l'autorité judiciaire<sup>4</sup>.

---

2. Art. D. 269 du CPP.

3. Art. R. 57-7-79 à R. 57-7-82 du CPP et note DAP du 14 octobre 2016 relative au régime juridique encadrant certaines modalités de contrôle de personnes détenues.

4. Art. 57 de la loi du 24 novembre 2009.

## FICHE 2

# RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AU SEIN DES UNITÉS D'HOSPITALISATION

La sécurité des biens et des personnes étant de la compétence de l'administration pénitentiaire, les règles de sécurité s'appliquant dans les établissements pénitentiaires demeurent valables au sein des unités hospitalières<sup>5</sup>.

Au sein de ces unités, les personnes détenues ne doivent en aucun cas :

- avoir accès à l'informatique des personnels ;
- avoir accès à internet et à tout support informatique – ou autre – habituellement prescrit en détention.

Au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et des unités hospitalières spécifiquement aménagées (UHSA), la fouille des locaux et des chambres, ainsi que le contrôle des équipements peuvent être réalisés par le personnel pénitentiaire. Toute fouille d'une unité de soins est décidée avec l'accord du directeur de l'établissement de santé. Elle est réalisée en sa présence et celle du médecin responsable de l'unité, ou de leurs représentants.

### 1 - UHSI

La sécurité au sein des unités est assurée par les personnels pénitentiaires, qui gèrent notamment l'ouverture des portes des chambres des patients détenus ainsi que l'organisation des parloirs familles, visiteurs ou avocats.

Lorsque des examens prescrits nécessitent qu'ils soient réalisés au sein de plateaux techniques spécialisés, l'accompagnement des personnes détenues est assuré par les personnels hospitaliers escortés par les personnels pénitentiaires.

La planification de ces prises en charge s'organise de manière concertée entre le médecin et le responsable pénitentiaire de l'UHSI.

---

5. Art. D. 395 du CPP.

Un renfort de l'escorte pénitentiaire par les forces de sécurité intérieure est demandé lorsqu'il existe un risque d'atteinte très grave à l'ordre public. Cette mesure est systématique en cas de personne détenue inscrite au registre des personnes détenues particulièrement signalées (DPS).

S'agissant de la zone de soins de l'UHSA, le port des armes par les personnels pénitentiaires (quelle qu'en soit la nature) n'est autorisé que pour la garde et l'escorte des personnes détenues inscrites au répertoire des DPS, sous réserve que le directeur de l'établissement de santé préalablement informé, ne s'y oppose pas<sup>6</sup>.

## 2 - UHSA

Les personnels pénitentiaires assurent la surveillance de l'enceinte et des locaux de l'UHSA, ainsi que le contrôle des accès à cette unité et l'organisation des parloirs familles, visiteurs et avocats<sup>7</sup>. Ces derniers n'ont accès aux locaux de soins et aux chambres des patients détenus que pour assurer la fouille et le contrôle des équipements et des aménagements spéciaux ou, à la demande du personnel hospitalier, pour intervenir si la sécurité des personnes ou des biens est compromise.

Lorsque la gravité ou l'ampleur d'un incident ne permet pas que l'ordre soit rétabli par le seul personnel pénitentiaire présent sur le site, il revient au directeur de l'établissement de santé de prévenir le préfet et de demander l'intervention des forces de sécurité intérieure.

Le personnel hospitalier doit signaler sans délai au responsable pénitentiaire toute absence irrégulière d'une personne détenue ou tout incident grave.

Les personnels pénitentiaires sont chargés des transferts et des escortes des personnes détenues hospitalisées en UHSA vers les plateaux techniques (cf. Livre 3, Cahier 3, Fiche 7 – « Transports »).

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée, ou présentant un caractère de dangerosité pénale et/ou pénitentiaire, risquant de créer un trouble à l'ordre public, il est fait appel aux forces de sécurité intérieure pour renforcer l'escorte pénitentiaire.

### Rappel

Le quartier maison centrale de l'établissement pénitentiaire de Château-Thierry héberge des personnes détenues considérées comme inadaptées à la détention ordinaire.

Il ne s'agit pas d'un établissement de santé habilité à recevoir des personnes pour troubles mentaux. À ce titre, aucun soin sans consentement n'est administré au sein de l'établissement.

6. L'art. 4 (III) du décret n° 2011-980 du 23 août 2011, relatif à l'armement des personnels pénitentiaires prévoit : « Dans les établissements de santé, le port des armes n'est autorisé qu'à l'extérieur des bâtiments ou services dans lesquels les personnes détenues sont hébergées, sauf en ce qui concerne la garde et l'escorte de personnes détenues inscrites au répertoire des DPS et sauf opposition du directeur de l'établissement de santé préalablement informé. En cas d'urgence, en vue de mettre fin à un incident isolé mettant en cause un nombre limité de personnes détenues, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé peuvent, conjointement, autoriser les personnels présents à pénétrer dans les bâtiments ou les services avec des armes adaptées à la situation. Le préfet en est informé. »

7. Circulaire interministérielle DG05/R4/DAP/PMJ2 ETSH 1107932C du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

Préalablement au transfert d'une personne vers l'établissement de Château-Thierry, il est demandé aux personnels soignants de l'établissement d'origine de s'assurer que l'état de santé de la personne détenue ne justifie pas une hospitalisation en SMPR ou en établissement autorisé en psychiatrie et notamment en UHSA ou UMD.

## FICHE 3

# RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

## 1 - ORGANISATION DES ESCORTES PÉNITENTIAIRES

Le chef d'établissement pénitentiaire désigne l'agent chargé d'assumer la responsabilité de chef d'escorte. Ce dernier est l'interlocuteur privilégié des personnels hospitaliers lors de la consultation. La composition de l'escorte est décidée par le chef d'établissement pénitentiaire. L'escorte peut être renforcée par les forces de sécurité intérieure lorsque la personnalité de la personne détenue conduite en consultation fait apparaître des risques d'atteinte très grave à l'ordre public. Cette mesure est systématique en cas de personne détenue inscrite au registre des DPS.

Il appartient au chef d'établissement, en considération de la dangerosité de la personne détenue pour autrui ou pour elle-même, des risques d'évasion et de son état de santé, de définir si la personne doit faire l'objet de moyens de contrainte et d'en préciser leur nature.

Dans l'hypothèse où une personne détenue présenterait une particularité susceptible de complexifier l'application des conditions de transport et contraintes (présence d'un plâtre, de pansement, de port de béquille), l'USMP est sollicitée au préalable par un personnel d'encadrement pénitentiaire, sur le moyen de transport adapté et/ou sur l'adaptation des moyens de contrainte envisagés. En cas de transport médicalisé, une prescription doit être réalisée au préalable.

## 2 - DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION MÉDICALE EN MILIEU HOSPITALIER

Pour chaque personne détenue devant faire l'objet d'une consultation médicale, le chef d'établissement pénitentiaire décide par écrit du port ou non de menottes ou d'entraves, à l'hôpital. De même, compte tenu des risques évalués, il définit par écrit le niveau de surveillance qui doit être appliqué pendant la consultation<sup>8</sup>.

8. Circulaire JUSK0440155 C du 18 novembre 2004.

Les niveaux de surveillance et l'usage des menottes ou des entraves doivent faire l'objet d'une appréciation individualisée et proportionnée.

Trois niveaux de surveillance sont prévus :

- **Niveau 1 :** la consultation s'effectue hors la présence du personnel pénitentiaire avec ou sans moyen de contrainte ;
- **Niveau 2 :** la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire, mais sans moyen de contrainte ;
- **Niveau 3 :** la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire, avec moyens de contrainte.

Le chef d'escorte porte à la connaissance du médecin responsable des soins le niveau de surveillance retenu, au moyen du formulaire type renseigné par le responsable pénitentiaire.

Quel que soit le niveau de surveillance retenu, le chef d'escorte doit veiller à ce que les mesures de sécurité mises en œuvre n'entravent pas la confidentialité des soins. Le personnel de l'escorte est soumis au secret professionnel concernant les éléments médicaux portés à sa connaissance lors des consultations.

Dans tous les cas, le chef d'escorte contrôle le local où se déroule la consultation afin de repérer et de situer les issues susceptibles de faciliter une évasion.

Les modalités de prise en charge médicale lors des hospitalisations et des consultations ou des examens, dans les établissements de santé, doivent permettre de préserver la confidentialité des soins ainsi que la dignité des personnes, tant en termes de surveillance que de soins<sup>9</sup>.

Les règles applicables en matière d'extraction médicale des femmes enceintes ou passant un examen gynécologique sont les suivantes :

- tout accouchement ou examen gynécologique, sans aucune exception, doit se dérouler sans menottes ni entraves et hors de la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues ;
- à partir du sixième mois de grossesse, les femmes enceintes ne doivent en aucun cas être simultanément menottées et entravées, quelles que soient la nature de la consultation et les circonstances, et ce y compris pendant le trajet entre l'établissement et le lieu de consultation. Elles ne peuvent être menottées que si leur dangerosité est avérée ; elles ne peuvent être entravées pendant les trajets et hors des situations prévues à l'article 52 de la loi pénitentiaire qu'à titre exceptionnel, dès lors qu'elles sont connues pour leur grande dangerosité, et de surcroît alternativement au port des menottes.

S'il n'est pas possible d'utiliser de téléphone portable, le centre hospitalier met à disposition des agents pénitentiaires une ligne téléphonique extérieure pour que ces derniers puissent rester en contact avec l'établissement pénitentiaire.

---

9. Art. D. 397 du CPP.

Si les conditions de sécurité des personnes et des biens ne sont plus assurées (en cas d'agressivité ou de violence de la personne détenue, trouble créé par la présence de proches, etc.), le chef d'escorte prend la décision de mettre fin à l'extraction. Il en informe les personnels soignants et en rend compte immédiatement à sa hiérarchie. Le médecin ayant programmé ou sollicité la consultation en est informé, afin de pouvoir assurer la continuité des soins dont la personne détenue doit bénéficier.



# CAHIER 3

## DROITS DES PERSONNES DÉTENUES

P. 111 > 131

En application de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique (CSP), « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

La prise en charge de la santé des personnes détenues est intégrée au système de santé de droit commun<sup>1</sup>. Elle est placée sous la responsabilité des établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Les personnes détenues bénéficient de toutes les dispositions en faveur des droits des patients. La mise en œuvre de ces droits peut être freinée par les contraintes pénitentiaires et judiciaires. Aussi, il convient d'être particulièrement vigilant quant à l'exercice de ces droits, d'autant que les bénéficiaires sont en situation de vulnérabilité.

---

1. Art. 46 de la loi n° 2009-1436, 24 novembre 2009 pénitentiaire, modifiée par l'ordonnance n° 2010-177, 23 février 2010.

## FICHE 1

# DROITS S'APPLIQUANT À TOUS LES DÉTENUS

## 1 - INFORMATION<sup>2</sup>

Le CSP indique que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables ». En outre, le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, la volonté d'une personne de ne pas être informée du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers.

Le médecin doit informer la personne détenue des différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposées mais également de leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent. Il doit en outre lui présenter les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. Elle doit être claire, loyale et appropriée, pour pouvoir être bien comprise par la personne. Les risques doivent être exposés de façon mesurée, sans les diminuer ni les aggraver.

L'accès aux informations doit être modulé dans le cas d'affection psychiatrique<sup>3</sup>.

## 2 - CONSENTEMENT<sup>4</sup>

Au nom du principe fondamental de l'inviolabilité du corps humain, tout acte médical ou tout traitement exercé sur une personne doit faire l'objet d'un consentement préalable.

De ce fait, l'article L. 1111-4 du CSP indique 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** ».

2. Art. L. 1111-2 du CSP.

3. Art. L. 1111-7 du CSP.

4. Art. L. 1111-4 du CSP.

Cet article ajoute : « *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.* »

Et également :

« *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.* »

« *L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.* »

« *Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.* »

Le consentement de la personne doit être :

- **libre**, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical ;
- **transparent**, c'est-à-dire que la personne doit être préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques, et de leurs conséquences éventuelles<sup>5</sup>.

Ce principe supporte deux exceptions : l'urgence et l'impossibilité de recueillir le consentement. En effet, en cas d'urgence vitale, les soins sont immédiatement prodigués. Il en est de même en cas d'impossibilité de recueillir le consentement.

Concernant les mineurs, il est important de rappeler que l'incarcération ne porte pas atteinte aux prérogatives des titulaires de l'autorité parentale en matière de soins médicaux. Il convient donc de faire application des dispositions suivantes :

- l'article L. 1111-2 du CSP : les droits du malade mineur, notamment son droit d'être informé et de consentir à l'acte médical, sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale ;
- l'article R. 1111-26 du CSP issu du décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 : les droits du mineur relatifs à un dossier médical partagé (consentement à la création et à l'accès des professionnels notamment) sont exercés par le ou les titulaires de l'autorité parentale ;
- l'article L. 2212-7 du CSP : le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est plus obligatoire en matière d'interruption volontaire de grossesse ; la mineure non émancipée peut, si elle le désire, garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou le cas échéant, de son représentant légal. Dans ce cas, le médecin doit tout de même s'efforcer d'obtenir son accord pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, son représentant légal soient consultés. Cependant, si la mineure persiste dans son souhait, ou si elle ne parvient pas à obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, de son représentant légal, son seul consentement, exprimé librement en tête-à-tête avec le

5. Ce qui est pris en compte par les juridictions, c'est la compréhension par le patient des modalités selon lesquelles est recueilli son consentement.

- médecin, emporte la décision. En ce cas, elle peut se faire accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix ;
- l'article L. 5134-1 du CSP : le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence d'un mineur ;
  - l'article L. 1111-5 du CSP : le médecin peut « *se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans les cas où celle-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé* » ;
  - l'article L. 1111-5-1 du CSP : l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, de dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où celle-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé ;
  - l'article L. 6211-3-1 du CSP contient une disposition de même nature pour le dépistage de maladies infectieuses transmissibles.

### 3 - REFUS DE SOINS<sup>6</sup>

L'article L. 1111-4 du CSP précise :

*« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.*

*Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.*

*Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. »*

Un mineur peut garder le secret sur son refus de soin<sup>7</sup>.

### 4 - DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE<sup>8</sup>

L'article L. 1111-6 du CSP dispose que :

*« 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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.*

6. Art. L. 1111-4 et 1111-5 du CSP.

7. Art. L. 1111-5 du CSP.

8. Art. L. 1111-6 du CSP.

*Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.*

*Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.*

*Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre I<sup>er</sup> du Code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.*

*Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge, peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.»*

Ce droit s'applique en milieu pénitentiaire. Il est nécessaire que la personne de confiance soit titulaire d'un permis de visite pour qu'elle puisse s'entretenir avec la personne détenue hors de la présence du personnel pénitentiaire<sup>9</sup>. Dans ce cas, l'entretien entre le médecin, la personne détenue et la personne de confiance s'effectue dans un lieu adapté et respectant la confidentialité<sup>10</sup>.

Dans les cas particuliers de l'examen des caractéristiques génétiques ou encore dans le cadre des droits des malades en fin de vie, la personne de confiance interviendra dans les mêmes conditions pour la personne détenue hors d'état de s'exprimer que pour toute personne dans la même situation, et sous réserve de l'application des conditions prévues par la loi.

Pour les mineurs, la personne de confiance est désignée dès lors qu'ils souhaitent maintenir le secret sur les soins qui leur sont prodigués<sup>11</sup>.

## 5 - DIRECTIVES ANTICIPÉES<sup>12</sup>

Comme tout autre patient, la personne détenue bénéficie de toutes les dispositions en faveur des droits des patients ; à ce titre, elle a le droit d'être informée, de consentir ou non aux soins, de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté<sup>13</sup>.

9. Art. 49 de la loi pénitentiaire de 2009.

10. Circulaire JUSK1140029C du 20 février 2012, relative à l'application de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 sur le maintien des liens extérieurs.

11. Art. L.1111-5 du CSP.

12. Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

13. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie.

Les directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie, pour préciser les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

**À tout moment et par tout moyen, ces directives sont révisables et révocables.** Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé<sup>14</sup>. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. Elle est inscrite au dossier médical<sup>15</sup> et portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées dans un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre I<sup>er</sup> du Code civil (CC), elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

La circulaire du 9 juin 2011, relative à la confidentialité des documents personnels des personnes détenues, souligne que les personnes détenues peuvent être confrontées à la difficulté de conserver, à l'abri de la curiosité ou de tentatives d'accaparement de leurs codétenus, leurs effets les plus personnels. Il peut s'agir, outre les pièces de justice mentionnant le motif d'incarcération, de tous documents relatifs à la vie privée et intime de la personne détenue : documents de nature médicale, familiale ou religieuse, correspondance, photographies, documents scolaires ou professionnels, documents bancaires.

Conformément à l'article 42 de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire, toute personne détenue dispose du droit à la confidentialité de ses documents personnels, qui peuvent être confiés au greffe de l'établissement ; ce dernier tient ces documents à la disposition de la personne concernée. Ces dispositions répondent tant à un souci de préserver la confidentialité, que d'assurer la protection des personnes détenues en détention.

14. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipe\\_es\\_10p\\_exev2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipe_es_10p_exev2.pdf)

15. Art. L. 1111-15 du CSP – art. R. 1111-2 du CSP.

Dans ce cadre, la personne détenue peut demander que ses directives anticipées soient conservées dans son dossier médical ou les confier à toute personne de son choix (en particulier à la personne de confiance, si elle est désignée) ou les faire conserver au greffe de l'établissement, sous pli fermé, mentionnant explicitement le caractère médical confidentiel du contenu. Si les directives sont confiées à cette personne, il est souhaitable de communiquer au médecin ses coordonnées, afin qu'elles soient mentionnées dans le dossier médical.

## FICHE 2

# DROITS DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES EN PSYCHIATRIE<sup>16</sup>

Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, pour celles hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les personnes détenues hospitalisées en soins psychiatriques sans leur consentement bénéficient des droits énoncés à l'article L. 3214-2 du CSP.

Il revient au contrôleur général des lieux de privation de liberté de s'assurer « *que les droits fondamentaux des personnes privées de liberté sont respectés et de contrôler les conditions de leur prise en charge<sup>17</sup>* ».

Ces droits fondamentaux concernent notamment l'information du patient et le recueil de son avis sur les modalités de soins, le respect de sa dignité, du secret médical et de la confidentialité des soins, le droit de visite et le droit à la communication.

Dans l'attente de l'ouverture de toutes les unités hospitalières spécialement aménagées, des hospitalisations sans consentement des personnes détenues peuvent être réalisées dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans le cadre de soins sans consentement régis par l'article D. 398 du Code de procédure pénale (CPP).

L'article D. 395 du même Code prévoit que « *les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard dans toute la mesure du possible ; il en est ainsi notamment en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur* ».

Les droits de la personne détenue hospitalisée, en application de l'article D. 398 du CPP, doivent donc être adaptés de façon à respecter d'une part les dispositions du CSP relatives aux droits des personnes accueillies dans les établissements de santé et, d'autre part, l'article D. 395 du CPP.

Le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient. Les droits des personnes détenues hospitalisées sont régis par les dispositions des articles L. 1112-1 à L. 1112-6 du CSP concernant les personnes accueillies dans les établissements de santé.

La circulaire DHOS du 22 janvier 2009 relative au plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie, a rappelé la nécessité d'améliorer la sécurité des enceintes hospitalières et de

16. Cf. Annexe : « Droits des personnes détenues hospitalisées en psychiatrie » – art. D. 398 du CPP.

17. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un contrôleur général des lieux de privation de liberté modifiée par la loi n° 2014-528 du 26 mai 2014.

disposer d'une unité ou d'un espace fermé, ou susceptible d'être fermé, dans les établissements accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Ces unités ou espaces doivent être utilisés dans toute la mesure du possible pour l'hospitalisation des personnes détenues.

En revanche, l'usage des chambres d'isolement doit être déterminé par des considérations médicales et conforme aux recommandations édictées par la Haute Autorité de santé, lesquelles prévoient que tous les éléments relatifs à la mise en chambre d'isolement figurent dans le dossier du patient.

L'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dispose que **l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours**. Il ne peut y être procédé que sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance et d'une traçabilité strictes, confiées par l'établissement à des professionnels de santé. Les établissements autorisés en psychiatrie et habilités à dispenser des soins sans consentement doivent tenir un registre spécifique pour ce type de mesure, mentionnant : le nom du psychiatre, la date et l'heure de la mise en isolement, sa durée et le nom des professionnels l'ayant surveillé. Compte tenu de ces dispositions, l'isolement ou la contention des personnes détenues, au seul motif de leur statut juridique, sont à proscrire.

L'article L. 3211-3 du CSP prévoit que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles de la personne hospitalisée sans son consentement doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et à la mise en œuvre de son traitement. Ses droits fondamentaux doivent être respectés, et notamment son information et le recueil de son avis sur les modalités de soins, son droit au secret médical et à la confidentialité des soins. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée.

En tout état de cause, la personne détenue dispose du droit :

- d'être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits ;
- de communiquer avec le préfet, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance, le maire et le procureur de la République (toutes autorités chargées de visiter les établissements de santé accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement) ;
- de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (instance *ad hoc* chargée de veiller au respect des libertés individuelles) et/ou le contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- d'émettre ou de recevoir des courriers ;
- de consulter le règlement intérieur de l'établissement de santé où elle est prise en charge ;
- d'exercer son droit de vote ;
- de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Les restrictions à ces droits apportées par l'article D. 395 du CPP sont limitées aux dispositions relatives au courrier (développées ci-dessous). L'ensemble des autres points soulignés s'appliquent pleinement à l'ensemble des personnes hospitalisées sous le régime de l'article D. 398.

La prise en charge de la personne détenue pendant son hospitalisation relève de la responsabilité de l'établissement de santé. En tout état de cause, l'alignement sur le fonctionnement général doit toujours être recherché. Toutefois, lors de l'hospitalisation d'une personne détenue, certains aspects de la vie quotidienne au sein des unités peuvent nécessiter des aménagements. En fonction des dispositions préexistantes dans chaque établissement, les éléments suivants peuvent être intégrés au règlement intérieur :

### Le courrier

L'envoi et la réception de courrier pour les personnes hospitalisées placées sous le régime de l'article D. 398 sont soumis à des contrôles. En détention, les personnes incarcérées ne sont autorisées à recevoir ni colis ni paquets ; leur courrier est susceptible d'être contrôlé. À l'exception des courriers adressés aux autorités avec lesquelles toute personne hospitalisée sans consentement peut communiquer directement, le courrier des personnes détenues peut être contrôlé par l'administration pénitentiaire. Tout courrier adressé à, ou par la personne détenue hospitalisée, doit donc être réorienté pour vérification, vers l'établissement pénitentiaire où elle est habituellement écrouée.

### Les colis

L'envoi ou la remise de colis est possible selon les modalités déterminées par l'arrêté du 27 octobre 2011 sur la réception ou l'envoi d'objets au sein des établissements pénitentiaires. Il peut être remis :

- des effets vestimentaires (dont chaussures et linge de toilette) ;
- des CD et des DVD en vente dans le commerce et dont le support visuel permet de déterminer la provenance ;
- des revues, des ouvrages d'apprentissage et des livres<sup>18</sup> ;
- le petit appareillage médical ;
- les documents relatifs à la vie familiale.

Ces principes peuvent être retenus également en établissement de santé :

### Le téléphone

L'accès au téléphone est possible dans les établissements pénitentiaires, mais ce droit s'y exerce sous le contrôle de l'administration pénitentiaire, qui procède à des écoutes téléphoniques. Dans les établissements de santé, l'accès au téléphone est possible sur prescription médicale. Lors de l'admission de personnes détenues, l'établissement pénitentiaire transmettra, pour chacune d'entre elles, les coordonnées des personnes pouvant être contactées par celle-ci (fiche de liaison). L'identité de l'interlocuteur doit être vérifiée par un personnel de santé.

### Les visites

Lors de l'incarcération, le nombre de visites autorisées pour chaque personne détenue dépend de son statut (condamné ou prévenu) et des permis de visites délivrés aux personnes en ayant fait la demande, conformément aux dispositions de l'article D. 403 du CPP. Lors de l'hospitalisation, l'établissement pénitentiaire informe l'établissement de santé des personnes bénéficiant de ces permis de visites (par le biais de la fiche de liaison à élaborer avec la Direction de l'administration pénitentiaire [DAP]). Dans la mesure où ces visites se déroulent sans surveillance à l'hôpital (à la différence de celles pratiquées en prison), l'autorité préfectorale ou l'autorité judiciaire peut restreindre la liste des visiteurs pendant la durée de l'hospitalisation. Ce cadre n'est pas exclusif de décisions (limitant les visites), qui peuvent être prises pour raisons médicales sur l'organisation des visites pour un patient, compte tenu de son état de santé et de sa prise en charge.

18. Note DAP du 30 novembre 2011 sur la réception et la détention de livres brochés par les personnes détenues.

### Les achats

En détention, les personnes incarcérées ont la possibilité de cantiner, c'est-à-dire d'acheter des produits à partir de leur compte nominatif, tenu par l'administration pénitentiaire. Il n'y a pas de circulation de liquidités en détention. Des dérogations sont prévues pour les séjours hospitaliers par l'article D. 395 alinéa 2 du CPP : « *Par dérogation aux dispositions de l'article D. 318, le détenu admis à l'hôpital peut être autorisé par le chef d'établissement [pénitentiaire] à détenir une somme d'argent provenant de la part disponible de son compte nominatif pour effectuer, à l'intérieur de l'établissement de santé, des dépenses courantes.* »

Sous réserve des dispositions mises en œuvre sur cette question au sein de l'établissement de santé, les personnes détenues hospitalisées pourront donc être en possession d'une petite somme d'argent, selon des conditions à définir localement entre les services concernés de l'établissement pénitentiaire et de l'établissement de santé.

### La promenade

En prison, toute personne détenue doit pouvoir bénéficier chaque jour d'une promenade d'au moins une heure à l'air libre. Dans la mesure où l'état de santé de la personne le permet, il est donc possible d'autoriser les personnes détenues hospitalisées qui le souhaitent à bénéficier de promenades, sous réserve que les conditions de sécurité soient remplies (présence soignante et lieux clos). La promenade des mineurs sera organisée de façon à ce qu'ils ne puissent pas être au contact de majeurs.

## FICHE 3

# DROITS S'APPLIQUANT À DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DYSPHORIE DE GENRE

## 1 - CONTEXTE

Le transsexualisme est le fait pour une personne d'avoir une identité sexuelle ressentie en conflit avec son sexe biologique de naissance. Cette identité peut s'exprimer dans l'apparence physique par un simple changement de comportement, par des mesures cosmétiques, l'utilisation d'hormones, voire un traitement chirurgical de réassignation de sexe.

Le rapport de la Haute Autorité de santé estime qu'il y aurait en France entre 40 000 et 60 000 personnes transsexuelles<sup>19</sup>. Il recommande d'organiser une offre structurée en réseau autour de centres de références multidisciplinaires et un parcours de soins type. L'offre de soins repose actuellement sur quelques équipes pluridisciplinaires dans le secteur public hospitalier, mais aussi en secteur libéral, sans protocole standardisé. Des réflexions sont en cours au niveau national pour améliorer et structurer cette offre.

En cas d'incarcération, plusieurs difficultés ressortent pour mettre en œuvre des réponses aux besoins spécifiques pour les personnes transsexuelles<sup>20</sup> :

- nécessité d'informations sur les modalités de prise en charge pendant le séjour et à long terme ;
- difficultés de mise en place d'une continuité des soins entrepris à l'extérieur et pour avoir accès à l'offre de soins existante hors des établissements, en particulier pour bénéficier d'un protocole de transformation de genre auprès d'une équipe spécialisée ;
- complexité de la gestion de la détention ;
- stigmatisation fréquemment ressentie.

Ces situations requièrent une bonne articulation entre personnels de santé, personnels pénitentiaires, les titulaires de l'autorité parentale et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) si la personne détenue est mineure.

19. On inclut dans les personnes transsexuelles les personnes en cours de changement d'identité sexuelle. *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme*, Haute Autorité de santé, février 2010, <http://www.has-sante.fr/portail>.

20. Avis du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées du contrôleur général des lieux de privation de liberté.

## 2 - GESTION DE LA DÉTENTION

L'affectation des personnes transsexuelles s'effectue au mieux des intérêts de la personne (encellulement individuel, affectation dans un secteur de détention favorisant la prise en charge des personnes vulnérables, placement à l'isolement) et des impératifs de gestion des établissements pénitentiaires. Tout au long du parcours de soins, il convient de veiller à la protection de l'intégrité physique et psychique de la personne.

Dans la mesure du possible, il convient de permettre aux personnes transsexuelles d'acheter en cantines exceptionnelles<sup>21</sup> des produits (cosmétiques, etc.) ou des vêtements (sous-vêtements) marquant habituellement l'appartenance à un sexe autre que celui de l'état civil. Parmi ces derniers, les produits ostentatoires (maquillage, robes/jupes, lorsque la personne évolue en détention hommes par exemple) sont strictement prohibés en dehors de la cellule.

S'agissant des fouilles, les conditions doivent permettre de respecter la dignité de la personne. L'article R. 57-7-81 du CPP prévoit que « *les personnes détenues ne peuvent être fouillées que par des agents de leur sexe et dans des conditions qui, tout en garantissant l'efficacité du contrôle, préservent le respect de la dignité inhérente à la personne humaine* ».

La note du 15 novembre 2013 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues précise que « *la fouille intégrale réalisée par un seul personnel de surveillance doit être le principe. Toutefois, le nombre d'agents chargés de la mesure peut être adapté aux circonstances et à la personnalité de l'intéressé, en veillant à ce qu'il soit strictement limité aux besoins* ».

Dans un arrêt du 2 juillet 2015, la cour administrative d'appel de Nantes a confirmé que la fouille intégrale d'une personne détenue réalisée par un seul surveillant de son sexe tel qu'établi par l'état civil était conforme à l'article R. 57-7-81 du CPP. Par conséquent, **la règle est de faire réaliser la fouille par un personnel du sexe reconnu à l'état civil de la personne détenue.**

## 3 - RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Il convient que les équipes de soins soient sensibilisées à cette problématique et que les équipes et intervenants spécialisés disponibles à l'extérieur leur soient connus, notamment dès qu'ils auront été définis et mis en place à l'issue de la réflexion nationale en cours, afin de pouvoir informer les personnes concernées sur les modalités du parcours de soins (étapes du parcours de soins, prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, prise en charge financière, etc.).

La personne concernée doit pouvoir bénéficier, pendant ce parcours de soins, d'un accompagnement psychologique adapté.

21. Cantines spécifiques soumises à autorisation expresse du chef d'établissement.

S'agissant de personnes souvent isolées, l'intervention d'associations spécialisées pour le soutien et l'accompagnement doit être favorisée, dans le respect des contraintes inhérentes à un établissement pénitentiaire.

Dans le cas où cette situation concernerait un mineur, celui-ci peut mobiliser son droit relatif au refus d'informer les détenteurs de l'autorité parentale<sup>22</sup> de son désir de changer d'identité sexuelle.

---

22. Art. L. 1111-5 du CSP.

## FICHE 4

# DROIT DES PATIENTS DÉTENUS ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE ATTEINTS DE PATHOLOGIES GRAVES

Le droit au séjour pour raison médicale, souvent appelé « procédure étranger malade », existe en France depuis 1998. Il permet à une personne étrangère en situation régulière ou irrégulière, résidant en France de manière habituelle, porteuse d'une maladie grave qui ne peut pas être prise en charge dans son pays d'origine, de bénéficier d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour soins<sup>23</sup>. Cette procédure a été profondément réformée par la loi du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers et ses textes d'application<sup>24</sup>.

Les personnes étrangères placées sous main de justice, en situation irrégulière ou dont le titre de séjour doit être renouvelé, peuvent ainsi faire valoir leur droit au séjour pour soins, afin de continuer à bénéficier de soins adaptés à leur sortie de détention ou en milieu ouvert et ainsi d'éviter leur expulsion du territoire. La mise en œuvre de la « procédure étranger malade » ne présentant aucune spécificité pour les personnes suivies en milieu ouvert, ce chapitre est consacré aux spécificités liées à la détention.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et la réforme introduite par la loi du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers en France, l'avis médical transmis à l'autorité administrative pour statuer sur la demande de titre de la personne est rendu par un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), en lieu et place de l'avis rendu jusqu'alors par un seul médecin de l'agence régionale de santé (ou de la préfecture de police pour Paris).

23. Cette procédure est prévue par les dispositions du 11° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit : [...] 11° A l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. La condition prévue à l'article L. 313-2 n'est pas exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé [...] ». Des dispositions spécifiques sont prévues pour les personnes algériennes au 7) de l'article 6 de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 modifié.

24. Décrets n° 2016-1456 et n° 2016-1457 codifiés dans le CESEDA, notamment ; arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis [...]; arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII, de leurs missions prévues à l'article L. 313-11 (11°) du CESEDA ; information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n°2016-274 relative au droit des étrangers en France (dispositions relatives à la procédure de délivrance des documents de séjour et à la protection contre l'éloignement pour raison de santé, applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017)

Cette même loi du 7 mars 2016 (article L. 311-12 du CESEDA) prévoit que les parents ou personnes titulaires de l'autorité parentale d'un étranger mineur qui remplit les conditions du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA se voient délivrer une autorisation provisoire de séjour pour une durée de six mois au maximum, assortie d'une autorisation de travail après avis du collègue des médecins du service médical de l'OFII sauf si leur présence en France constitue une menace pour l'ordre public.

## I - IDENTIFICATION DU BESOIN

Différents acteurs peuvent être à l'origine de l'identification :

- la personne détenue, son avocat ou sa famille ;
- le médecin en charge des soins (le médecin de l'USMP ou un médecin extérieur à l'USMP) ;
- les services pénitentiaires de l'établissement ou service pénitentiaire d'insertion et de probation ;
- les associations participant à l'accompagnement des personnes, en et hors détention ;
- l'autorité judiciaire ;
- les points d'accès au droit.

Chacun de ces acteurs a un rôle important à jouer dans la procédure de demande de titre de séjour pour soin et ce, qu'il soit ou non à l'origine de l'identification.

Si l'identification du besoin relève d'une pluralité d'acteurs, la procédure doit être coordonnée et pilotée par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) qui peut s'appuyer sur l'intervention d'un tiers (assistante de service social, association...).

Dans la mesure où la personne est détenue, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs s'informent mutuellement des démarches engagées afin de :

- faciliter la prise en charge de la personne de la manière la plus appropriée en détention ;
- accompagner au mieux la personne dans ses démarches de mise en œuvre de cette procédure.

Cette coordination des différents acteurs peut se faire notamment dans le cadre de la commission pluridisciplinaire unique (CPU) à l'occasion de laquelle peut être évoquée la situation des personnes détenues susceptibles de demander un titre de séjour pour soins. À ce titre, les échanges tenus lors de la CPU pourront contribuer à définir les modalités d'accompagnement à mettre en œuvre à l'égard des personnes concernées. Ils sont aussi l'occasion de s'assurer que la personne détenue qui présente une problématique médicale bénéficie en milieu carcéral d'une prise en charge sanitaire et d'aménagements des conditions de détention adaptés à son état.

## 2 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Pour bénéficier d'un droit de séjour eu égard à son état de santé, il faut<sup>25</sup> que la personne détenue :

- soit étrangère (sauf citoyen d'un pays de l'Espace économique européen ou suisse) ;
- ne représente pas une menace pour l'ordre public<sup>26</sup> ;

25. Article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

26. Le Conseil d'État considère que « Les infractions pénales commises par un étranger ne sauraient, à elles seules, justifier légalement une mesure d'expulsion et ne dispensent en aucun cas l'autorité compétente d'examiner, d'après l'ensemble des circonstances de l'affaire, si la présence de l'intéressé sur le territoire français est de nature à constituer une menace pour l'ordre ou le crédit public. » (CE 21 janvier 1977, Ministère de l'intérieur contre Dridi).

- réside habituellement en France<sup>27</sup> ;
- ait un état de santé nécessitant une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont elle est originaire, ne puisse pas bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

La circulaire du 25 mars 2013 relative aux procédures de première délivrance et de renouvellement des titres de séjour aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté précise que les arrêtés d'expulsion préfectoraux et ministériels font par principe et par nature obstacle à l'examen de la demande de délivrance ou de renouvellement d'un titre de séjour. Le préfet informe alors la personne détenue de l'irrecevabilité de sa demande. Toutefois, dans ces situations, la personne étrangère détenue peut solliciter le bénéfice de dispositions prévues en matière de protection contre l'éloignement<sup>28</sup> ou de protection contre l'expulsion<sup>29</sup>. Dans ces cas, un certificat médical relatif à son état de santé établi par le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire doit être transmis au service médical de l'OFII qui pourra demander toute information complémentaire et convoquer la personne détenue.

### 3 - CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR

L'information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers en France (dispositions relatives à la procédure de délivrance des documents de séjour et à la protection contre l'éloignement pour raison de santé, applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017) fixe la procédure de demande d'un titre de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour raison de santé.

La demande de délivrance ou de renouvellement de ce titre doit être déposée dans les conditions prévues par la circulaire du 25 mars 2013 relative aux procédures de première délivrance et de renouvellement des titres de séjour aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté et par la note du 1<sup>er</sup> septembre 2016 d'application de la circulaire susnommée. Toutefois, ces deux textes ne concernent pas les personnes étrangères accomplissant une peine courte dont le quantum prononcé par la juridiction de condamnation est égal ou inférieur à trois mois et précisent que ces personnes seront invitées à se présenter à la préfecture à leur libération. Les ressortissants étrangers faisant l'objet d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF) de moins d'un an sont exclus de ce dispositif sauf présentation d'éléments nouveaux. Leur situation relève alors de la protection contre l'éloignement (10<sup>o</sup> de l'article L. 511-4 du CESEDA).

27. La réglementation ne précise pas la notion de « résidence habituelle ». L'information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n° 2016-274 relative au droit des étrangers en France indique qu'il convient de considérer la condition de résidence comme satisfaite lorsque la résidence est d'une durée au moins égale à un an, tout en précisant que cette appréciation doit se faire avec discernement. À noter que lorsque la personne étrangère détenue ne remplit pas cette condition de résidence, elle peut néanmoins recevoir une autorisation provisoire de séjour pour raison de santé, en application de l'article R. 313-24 du CESEDA. Dans ce cas, la personne étrangère est tenue de respecter la procédure relative à une première délivrance de titre de séjour. Elle ne se verra délivrer aucun récépissé au cours de la procédure.

28. 10<sup>o</sup> de l'article L. 511-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et articles 9 et suivants de l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

29. 5<sup>o</sup> de l'article L. 521-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et articles 9 et suivants de l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

## Pour une première demande de titre de séjour :

Les documents nécessaires au dépôt d'une demande sont les suivants :

- un justificatif de domicile ou un justificatif de son incarcération afin d'apporter la preuve qu'elle réside habituellement en France<sup>30</sup> ;
- les documents justifiant de son état civil et de sa nationalité<sup>31</sup> ;
- trois photographies d'identité.

Si la personne détenue est dépourvue de documents d'identité, il revient aux services pénitentiaires de prendre contact avec les autorités consulaires compétentes<sup>32</sup> afin de faciliter la délivrance d'un passeport ou d'une attestation consulaire.

Les demandes de titre de séjour pour raison de santé émanant des points d'accès au droit ou des services pénitentiaires sont adressées au correspondant identifié de l'établissement pénitentiaire qui les transmet au correspondant de la préfecture compétente, c'est-à-dire la préfecture du domicile habituel du demandeur avant l'incarcération ou la préfecture du lieu d'incarcération, comme indiqué dans la circulaire du 25 mars 2013 relative aux procédures de première délivrance et de renouvellement des titres de séjour aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté.

Le dépôt de la demande de délivrance du document de séjour formulée pour le compte d'une personne détenue ou par la personne détenue elle-même se fait par le biais de la voie postale. À réception de la demande, le correspondant préfectoral transmet au demandeur, par l'intermédiaire du correspondant pénitentiaire, une notice explicative, un modèle de certificat médical et une enveloppe « secret médical » à l'adresse du service médical de l'OFII.

Le certificat médical est établi par un médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire et remis à la personne détenue étrangère accompagné des originaux des documents relatifs à la situation de santé déclarée (analyses biologiques, examens complémentaires, compte(s) rendu(s) d'hospitalisation(s), etc.).

Le certificat médical et les originaux des documents relatifs à la situation de santé déclarée sont mis, par le médecin, dans l'enveloppe « secret médical » qui est envoyée au service médical de l'OFII. Les frais d'affranchissements sont assurés par la personne détenue.

Ce certificat médical doit fournir au médecin du service médical de l'OFII les informations les plus complètes possibles pour permettre l'instruction du dossier dans les meilleurs délais.

Le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire informe le SPIP afin que celui-ci assiste la personne détenue dans ses démarches auprès de la préfecture.

La personne détenue sollicite auprès du juge d'application des peines une permission de sortir pour les démarches impliquant la présentation personnelle du ressortissant étranger détenu (opérations de biométrie nécessaires à la fabrication du titre, remise éventuelle d'un récépissé, remise du titre de séjour). Si le ressortissant étranger détenu n'obtient pas de permission de sortir, il est dérogé au principe de présentation personnelle et aux opérations de biométrie, le titre de séjour étant remis au personnel du SPIP représentant le demandeur.

30. En application des dispositions de l'article 30 de la loi n° 2009-1436, les personnes détenues peuvent élire domicile auprès de l'établissement pénitentiaire.

31. Le Conseil d'État considère que « La présentation d'un passeport en cours de validité ne saurait être imposée à un étranger qui sollicite, sur le fondement des dispositions du 11° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, l'octroi d'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » en qualité d'étranger malade, comme une condition pour la délivrance de cette carte ; » (CE, 30 novembre 2011, n°351584)

32. À noter que la circulaire du 18 septembre 2007 relative à l'information des ressortissants étrangers en cas de détention et à l'information et au droit de visite de leurs autorités consulaires rappelle les droits que les ressortissants étrangers détenus et les autorités consulaires détiennent en vertu de la convention de Vienne ainsi que les devoirs des autorités judiciaires et pénitentiaires pour permettre leur plein exercice.

### **Pour le renouvellement d'un titre de séjour :**

---

La procédure est la même que celle relative à une première demande de titre de séjour. La demande de renouvellement de titre de séjour pour raison de santé doit être déposée deux mois avant l'échéance du titre à renouveler. Un récépissé de demande de renouvellement est transmis au demandeur dès la réception du certificat médical par le service médical de l'OFII<sup>33</sup>, ce qui permet d'éviter des situations de rupture de droits.

---

## **4 - TRAITEMENT DE LA DEMANDE**

Le médecin du service médical de l'OFII qui examine le dossier peut, dans le respect du secret médical, demander des informations médicales complémentaires auprès du médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire qui a établi le certificat médical. La personne détenue est informée de cet échange par le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

Ces compléments d'informations, demandés par le médecin du service médical de l'OFII, doivent lui parvenir dans un délai de quinze jours à compter de la date de la demande.

Le médecin du service médical de l'OFII peut convoquer la personne détenue pour un examen médical s'il le juge nécessaire ; cet examen médical est à la charge de l'OFII. Lorsque la personne détenue étrangère ne peut obtenir ou n'obtient pas de permission de sortir pour se rendre à cette convocation, une extraction médicale doit être organisée dans les délais requis afin qu'il ne soit pas indiqué dans son dossier qu'elle n'a pas répondu à la convocation. Le cas échéant, le jour de la convocation, il est nécessaire d'apporter les originaux d'autres documents médicaux relatifs au dossier (analyses médicales, compte rendu(s) d'hospitalisation, etc.).

Le médecin du service médical de l'OFII peut également demander des examens complémentaires. Les résultats de ces examens complémentaires sont communiqués par la personne détenue au service médical de l'OFII dans un délai de 15 jours à compter de la date de la demande du médecin du service médical de l'OFII. Lorsque la personne détenue ne peut obtenir ou n'obtient pas de permission de sortir pour accomplir ces examens, une extraction médicale doit être organisée afin qu'il ne soit pas indiqué dans son dossier qu'elle n'a pas répondu à cette demande.

Le rapport médical établi par le médecin du service médical de l'OFII, est transmis à un collège de trois médecins du service médical de l'OFII. Sur la base de ce rapport, ce collège rend un avis au préfet au regard de trois critères et précise deux éléments supplémentaires :

- l'état de santé du demandeur nécessite (ou non) une prise en charge médicale
- le défaut de prise en charge médicale peut (ou non) entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité
- pour sa prise en charge, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé du pays dont il est originaire, il peut (ou non) bénéficier effectivement d'un traitement approprié
- si les soins nécessités par son état sont de longue durée, la durée des soins

---

33. Article R. 313-23 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

- en cas de possibilité d'un bénéfice effectif d'un traitement approprié, si la personne peut voyager

Le collège de médecins peut demander au médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire ou au médecin qui a rédigé le rapport de lui communiquer, dans un délai de quinze jours, tout complément d'information. La personne détenue étrangère en est informée par le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

Ce collège peut également solliciter des examens complémentaires et convoquer le demandeur. Les résultats de ces examens complémentaires sont communiqués par la personne détenue au service médical de l'OFII dans un délai de 15 jours à compter de la date de la demande du collège des médecins du service médical de l'OFII. Lorsque la personne détenue ne peut obtenir ou n'obtient pas de permission de sortir pour se rendre à ces examens ou à cette convocation, une extraction médicale doit être organisée dans les délais requis afin qu'il ne soit pas constaté dans l'avis rendu par le collège qu'elle n'a pas produit les examens demandés ou n'a pas répondu à la convocation.

Après réception de l'avis du collège des trois médecins du service médical de l'OFII, le préfet rend sa décision. Il n'est pas lié par l'avis du service médical de l'OFII. La décision du préfet est alors notifiée à la personne détenue.

---

## **5 - COORDINATION UNITÉ SANITAIRE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE/CENTRE DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE**

Les centres de rétention administrative (CRA) peuvent être amenés à recevoir des personnes sortant d'établissements pénitentiaires si elles font l'objet d'une mesure d'éloignement. Une liaison entre l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire et l'unité médicale du CRA, avec l'accord de la personne, doit être organisée afin de faciliter l'échange d'informations permettant une bonne prise en charge de ces personnes et, le cas échéant, pour suivre la procédure de demande de titre de séjour « vie privée et familiale » pour raison de santé ou initier une procédure de protection contre l'éloignement. Il est primordial, dans le cas où un médecin de chacune de ces structures est saisi du dossier d'une même personne, qu'un contact ait lieu avec le médecin de l'USMP de l'établissement pénitentiaire où était incarcérée la personne détenue étrangère afin d'éviter toute contradiction pouvant être préjudiciable à la personne.

