

Livre 3

ORGANISATION DU DISPOSITIF SANITAIRE

- CAHIER 1 ▶ ORGANISATION ET MISSIONS
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ** ▶ P. 135 > 155
CHAPITRE 1 – Organisation
CHAPITRE 2 – Les trois niveaux de prise en charge
CHAPITRE 3 – Personnels et équipements des USMP
- CAHIER 2 ▶ ORGANISATION DES CONSULTATIONS SANITAIRES
ET PRISE EN CHARGE DE GROUPE
AU SEIN DE L'USMP** ▶ P. 157 > 171
- CAHIER 3 ▶ ORGANISATION DES CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS
EN DEHORS DE L'USMP** ▶ P. 173 > 195
- CAHIER 4 ▶ ORGANISATION DE LA PERMANENCE
DES SOINS** ▶ P. 197 > 201
- CAHIER 5 ▶ PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT
DE SANTÉ ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE
EN MILIEU PÉNITENTIAIRE** ▶ P. 203 > 213
- CAHIER 6 ▶ ORGANISATION DU PARTAGE
DE L'INFORMATION** ▶ P. 215 > 223
- CAHIER 7 ▶ LES EXPERTISES MÉDICALES** ▶ P. 225 > 229

CAHIER 1

ORGANISATION ET MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

P. 135 > 155

CHAPITRE 1

ORGANISATION

Les soins aux personnes placées sous main de justice s'inscrivent dans un dispositif sanitaire prenant en compte l'ensemble des problèmes de santé, qu'ils soient somatiques ou psychiatriques.

1 - SOINS AUX PERSONNES DÉTENUES : ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ASSURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Il est rappelé qu'en application des articles L. 6111-1 et suivants et L. 6112-1 et suivants du Code de la santé publique (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 et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement et à la recherche. Ils dispensent notamment des soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier¹.

2 - PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS EN PÔLES D'ACTIVITÉ

Chaque établissement de santé définit son projet d'établissement. L'organisation des soins en milieu pénitentiaire est une composante de ce projet. La prise en compte de cette activité de soins dans les priorités de l'établissement de santé est essentielle.

L'organisation interne des établissements de santé est fondée sur la définition de pôles d'activité dirigés par des chefs de pôles. Les pôles d'activité créés au sein de l'établissement de santé peuvent être composés de structures internes, dont l'appellation est libre : « services », « unités fonctionnelles », « instituts » ou « départements », etc.

En tant que structure interne de l'établissement de santé de rattachement, les unités de soins prenant en charge des personnes détenues (unités sanitaires en milieu pénitentiaire [USMP], services médico-psychologiques régionaux [SMPR], unités hospitalières spécifiquement aménagées [UHSA], unités hospitalières sécurisées interrégionales [UHSI]) doivent être rattachées à un pôle d'activité.

L'ensemble des mesures concernant la gouvernance interne des établissements de santé s'applique à ces structures de soins, comme pour les autres structures de l'établissement de santé (contrat de pôle, etc.).

Le responsable de la structure interne est nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement (CME).

1. Art. L. 6111-1-2° du CSP.

Le chef de pôle dispose d'une autorité fonctionnelle sur le personnel médical et non médical. Le responsable de la structure interne est donc placé sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle.

Chaque personnel hospitalier intervenant en milieu pénitentiaire est placé sous la responsabilité de l'établissement de santé qui l'emploie.

3 - RELATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

Lorsque les soins psychiatriques et les soins somatiques sont sous la responsabilité de deux établissements de santé distincts, il revient aux directeurs des établissements de santé de se concerter et de désigner un coordonnateur au sein de chaque USMP. Le coordonnateur représente les dispositifs de soins somatiques et psychiatriques. Il est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'administration pénitentiaire.

CHAPITRE 2

LES TROIS NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

Depuis 2012, les ex-unités de consultations et de soins ambulatoires [UCSA] et les SMPR sont appelées « unités sanitaires en milieu pénitentiaire » [USMP].

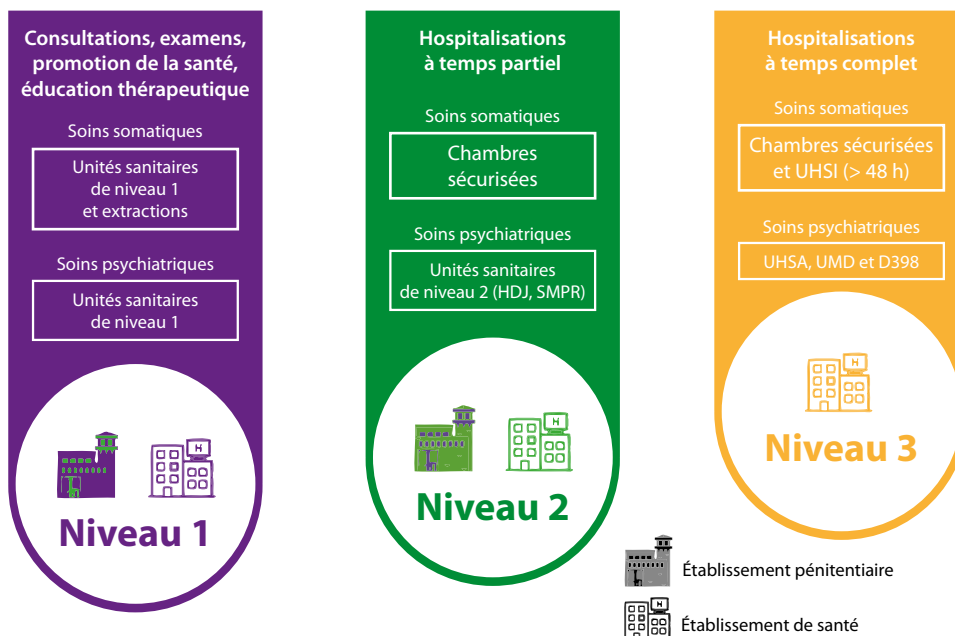
L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, organisés en trois niveaux :

- **le niveau 1** regroupe des soins ambulatoires au sein de l'USMP : les consultations, les prestations et activités, y compris les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les soins de niveau 1 sont réalisés au sein de l'USMP ;
- **le niveau 2** regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement tandis que les soins psychiatriques sont réalisés au sein des USMP dans le cas de l'hospitalisation de jour en psychiatrie ;
- **le niveau 3** regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Les soins de niveau 3 sont réalisés au sein des établissements de santé (chambres sécurisées au sein des établissements de santé, UHSI et établissement public de santé national de Fresnes [EPSNF], UHSA, unités pour malades difficiles [UMD]).

Les structures de soins prenant en charge les personnes placées sous main de justice ont été définies :

- par le décret du 14 mars 1986 qui a créé les 26 SMPR ;
- par le décret du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues ;
- par la loi d'orientation du 9 septembre 2002 qui a créé les UHSA.

La législation de 2002 consacre la possibilité d'hospitalisation au sein des UHSA (avec et sans consentement).



FICHE 1

SOINS DE NIVEAU 1: CONSULTATIONS ET ACTES EXTERNES SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

Les USMP assurent les prises en charge individuelles (consultations et actes externes) et peuvent proposer des prises en charge de groupe (type CATTP). Elles incluent deux dispositifs de soins : un dispositif de soins somatiques et un dispositif de soins psychiatriques. Une convention en précise les modalités de fonctionnement. Les soins nécessitant un plateau technique spécialisé sont réalisés en milieu hospitalier.

Un protocole détermine les conditions de fonctionnement des USMP et rappelle les obligations respectives du ou des établissements de santé, et de l'établissement pénitentiaire.

1 - MISSIONS DU DISPOSITIF DE SOINS SOMATIQUES

Le dispositif de soins somatiques assure l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités, dont les consultations dentaires et les prestations pouvant découler de celles-ci (prescription de prothèses, etc.).

Ce dispositif assure les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée en établissement pénitentiaire, la permanence et la continuité des soins. Il coordonne les actions de prévention.

2 - MISSIONS DU DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Le dispositif de soins psychiatriques assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, et d'activités thérapeutiques de groupe. Cette offre de soins nécessite que soient affectés des locaux dédiés, mais également un renforcement des équipes de soins.

Cette prise en charge est accessible à toute personne incarcérée (majeure ou mineure). Les professionnels de psychiatrie infanto-juvénile interviennent dans les établissements pénitentiaires qui accueillent des mineurs.

3 - MISSIONS COMMUNES AUX DEUX DISPOSITIFS

Certaines missions sont communes à ces deux dispositifs, notamment les actions d'éducation et de prévention pour la santé et la mise en place de la continuité des soins à la sortie.

Mission concernant la prévention et l'éducation pour la santé

La prévention, incluant l'éducation pour la santé et la réduction des risques, fait partie intégrante des missions de l'établissement de santé signataire du protocole, qu'il s'agisse de prévention primaire (environnement, conditions de vie, hygiène, éducation pour la santé, vaccinations, etc.), secondaire (dépistages) ou tertiaire (soins et éducation thérapeutique du patient).

L'établissement de santé est chargé de coordonner les actions de dépistage. De plus, il est chargé d'élaborer, dans le cadre du comité de pilotage relatif à l'éducation/la promotion de la santé, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire, le service de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé.

Mission concernant la continuité des soins à la sortie

La prise en charge des personnes détenues doit intégrer la continuité des soins à l'issue de leur période d'incarcération, faciliter leur retour vers les systèmes de droit commun et les inciter à prendre en charge leurs problèmes de santé.

Mission relative aux conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire des établissements pénitentiaires

Cf. Livre 3, Cahier 1, Fiche 3 – « Entretien des locaux (hygiène hospitalière) », « Mesures d'hygiène et de sécurité sanitaire des établissements pénitentiaires », p. 149.

Mission relative à la prise en charge des personnes présentant une ou des conduites addictives

Cf. Livre 4, Cahier 3.

FICHE 2

SOINS DE NIVEAU 2 ET 3

La prise en charge en hôpital de jour permet au patient de disposer dans la journée de soins et/ou d'exams polyvalents, individualisés, intensifs.

Les soins de niveau 2 sont assurés :

- pour les soins somatiques, en milieu hospitalier ;
- pour les soins psychiatriques, en milieu pénitentiaire, au sein des USMP.

1 - SOINS SOMATIQUES DE NIVEAU 2

Les soins somatiques de niveau 2 se distinguent des prestations délivrées lors de consultations à l'USMP. Ils incluent les consultations externes, les activités dispensées à temps partiel, de jour ou de nuit¹. Ils se déroulent en milieu hospitalier. Ils peuvent concerner des activités de chirurgie ambulatoire (dermatologie, ophtalmologie, etc.), des « séances » (traitements de chimiothérapie, dialyse, etc.), voire des examens complémentaires.

Le patient détenu est hospitalisé dans les services correspondants à la spécialité requise ou en chambre sécurisée avec garde statique des forces de l'ordre.

2 - SOINS PSYCHIATRIQUES DE NIVEAU 2

L'hospitalisation de jour en psychiatrie est essentiellement assurée par les USMP porteuses d'un SMPR. Cependant, le développement de ce type de prise en charge doit être favorisé dans les établissements pénitentiaires dans lesquels le besoin est avéré.

3 - SOINS DE NIVEAU 3

Les soins de niveau 3, c'est-à-dire la prise en charge hospitalière à temps complet, sont assurés :

- pour les soins somatiques :
 - au sein de chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement,
 - au sein des UHSI ;

1. Art. R. 6121-4, 1° du CSP.

- pour les soins psychiatriques :
 - au sein des UHSA,
 - au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du Code de procédure pénale (CPP),
 - au sein des UMD lorsque les critères cliniques le justifient.

CHAPITRE 3

PERSONNELS ET ÉQUIPEMENTS DES USMP

Ces unités disposent des mêmes moyens humains, matériels, logistiques et administratifs que toute unité hospitalière.

FICHE 1

PERSONNEL SOIGNANT

1 - CONSTITUTION DES ÉQUIPES DE SOINS

L'équipe hospitalière chargée des soins somatiques peut inclure, selon les besoins :

- **des personnels médicaux** : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants en médecine ;
- **des personnels non médicaux** : personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie... ;
- **des personnels non professionnels de santé** : personnels administratifs...

L'équipe hospitalière chargée des soins psychiatriques peut inclure selon les besoins :

- **des personnels médicaux** : psychiatres et étudiants en médecine ;
- **des personnels non médicaux** : personnels infirmiers, ergothérapeutes, psychologues ;
- **d'autres personnels non professionnels de santé** : personnels socio-éducatifs, personnels administratifs...

Les personnels affectés à ces unités sanitaires le sont sur la base du volontariat. Ceux rattachés à d'autres pôles d'activité restent sous la responsabilité technique de leur chef de pôle d'origine. Ils sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du médecin coordonnateur de l'USMP.

2 - SPÉCIFICITÉS À RETENIR

Le secrétariat joue un rôle essentiel. Il gère les consultations médicales (prises de rendez-vous), les dossiers médicaux, la saisie et le traitement des données d'activité, la liaison entre les administrations sanitaires, pénitentiaires et les acteurs extérieurs.

Le secrétariat est mutualisé chaque fois que cela est possible entre les deux dispositifs de soins. Ses missions sont fixées par la ou les directions du ou des établissements de santé.

L'encadrement des équipes soignantes par un cadre de santé est une nécessité. La quotité de temps affecté, voire la mutualisation de cette fonction pour le dispositif de soins somatiques et le dispositif de soins psychiatriques, sont décidées localement. Le personnel non médical de l'USMP est placé sous la responsabilité fonctionnelle et hiérarchique de ce cadre de santé.

3 - PERSONNEL MÉDICAL

L'un des médecins exerçant une activité régulière dans une USMP est désigné comme coordonnateur (cf. Livre 1, Cahier 3 – « La coordination des structures »).

L'unité peut accueillir des étudiants en médecine dans le cadre de leur formation lorsque le pôle dont elle dépend est agréé.

Le tableau des effectifs médicaux est établi de façon à répondre aux impératifs suivants :

- favoriser les temps partagés entre l'USMP et une autre unité de l'établissement de santé (tout en évitant le fractionnement des temps médicaux entre un trop grand nombre de praticiens). Cette organisation présente l'avantage d'offrir des profils de poste diversifiés et permet d'assurer la continuité des soins ;
- assurer une continuité de la couverture médicale notamment pour les établissements pénitentiaires de petite taille lors des congés ou des absences prolongées.

4 - PERSONNEL INFIRMIER

Le personnel infirmier répond aux demandes de soins dans le cadre de son rôle propre. Il agit en application d'une prescription médicale pour des actes et des activités visant à restaurer la santé, et notamment l'administration des médicaments, conformément aux dispositions des articles R. 4311-10 et R. 4311-15 du CSP.

Les modalités de mise en œuvre des protocoles de soins d'urgence sont précisées à l'article R. 4311-14 du CSP.

Le personnel infirmier de l'USMP participe à l'amélioration de la qualité des soins, à la prise en charge de la personne détenue, à l'élaboration du projet de soins infirmiers et au rapport annuel d'activité de soins sous la responsabilité d'un cadre de santé. Il exerce son rôle soignant dans toutes ses dimensions : préventive, éducative, curative et relationnelle.

Il convient de souligner l'importance de la relation soignant/soigné, qui constitue un lien privilégié auquel la personne détenue attache une grande importance.

Dans le domaine de la santé mentale, l'article R. 4311-6 du CSP liste les actes relevant du rôle propre du personnel infirmier. Il précise notamment l'entretien d'accueil du patient.

Par ailleurs, dans le cadre de ses missions, le personnel infirmier :

- met en place les moyens relevant de sa compétence pour améliorer l'organisation des soins, faciliter leur évolution et participer collectivement au développement professionnel continu ;
- veille au respect des règles d'hygiène dans les pratiques de soins, à l'égard des personnes ayant accès à l'USMP et dans l'entretien des locaux ;
- participe à la formation de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes détenues et à l'organisation des soins dans le cadre de l'USMP ;
- peut contribuer à l'élaboration d'un projet de soins de sortie de détention, en articulation avec les services pénitentiaires concourant à la réinsertion des personnes détenues et les services de la PJJ ;
- participe à l'élaboration, à la coordination et à la mise en œuvre du programme et/ou des actions d'éducation pour la santé pour les personnes détenues.

5 - CHIRURGIENS-DENTISTES

Les soins dentaires sont dispensés par des chirurgiens-dentistes recrutés en fonction de la quotité de temps nécessaire pour faire face aux besoins. Ils peuvent être assistés par un assistant dentaire. Depuis le 26 janvier 2016, l'assistant dentaire bénéficie d'un statut. Il devient un auxiliaire médical (art. L. 4393-8 et suivants du CSP) et contribue entre autres aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire. Il est soumis au secret professionnel.

FICHE 2

LOCAUX DE SOINS

1 - PROGRAMME FONCTIONNEL

En application des dispositions de l'article R. 6112-22 du CSP, reprises par l'article D. 370 du CPP, l'administration pénitentiaire met à disposition de l'USMP des locaux destinés aux consultations et aux examens.

Un guide de programmation des locaux des USMP, réalisé par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), précise les normes à retenir.

2 - ENTRETIEN DES LOCAUX

L'entretien des locaux des USMP doit être assuré par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire.

Les modalités de fonctionnement et d'organisation seront arrêtées entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé. Celui-ci peut affecter ses propres agents ou des agents d'une entreprise d'entretien placés sous son autorité (concession de cette fonction par l'établissement public de santé).

Conformément à l'article D. 433-3 du CPP, aucune personne détenue ne peut être affectée à ces missions dans les unités sanitaires.

3 - SYSTÈME D'INFORMATION

Un protocole relatif aux systèmes d'information des USMP des établissements pénitentiaires, signé le 27 mai 2009 par les directeurs de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), et son avenant signé en date du 19 décembre 2009 fixent les règles concernant :

- l'architecture du système (câblage, locaux techniques, sécurité du système, définition des besoins) ;
- le système de téléphonie recommandé ;
- les règles de sécurité ;
- les règles de maintenance.

4 - PRESTATIONS MÉDICO-TECHNIQUES

4-A. PHARMACIE

Cf. Livre 3, Cahier 5.

4-B. BIOLOGIE/RADIOLOGIE

En application de l'article R. 6112-19 du CSP, l'établissement de santé effectue, ou fait effectuer les examens, notamment radiologiques ou de biologie médicale, nécessaires au diagnostic.

En sont exclus les examens biologiques et radiologiques demandés dans le cadre d'une procédure judiciaire (enquête ou expertise).

Les prestations relatives aux examens de biologie médicale incluent la réalisation des prélèvements, leur acheminement vers un laboratoire d'analyse de biologie médicale et leur analyse. L'établissement de santé peut confier, par voie de convention, tout ou partie de cette activité à un laboratoire d'analyses de biologie médicale public ou privé, notamment en cas d'éloignement de l'établissement pénitentiaire.

Les prestations relatives aux examens de radiologie peuvent être réalisées sur place ou au sein de l'établissement de santé si celui-ci dispose des équipements *ad hoc*. L'établissement de santé peut confier, par voie de convention, tout ou partie de cette activité à un cabinet de radiologie public (autre établissement de santé) ou privé, notamment en cas d'éloignement de l'établissement pénitentiaire.

Le guide de programmation pour les locaux des unités sanitaires dans le cadre de la construction de nouveaux établissements pénitentiaires (élaboré avec l'ANAP), prévoit une salle d'imagerie numérisée avec un panoramique dentaire. Pour les petits établissements pénitentiaires, l'appréciation de la nécessité d'un équipement d'imagerie numérisée est laissée à l'établissement de santé, en fonction des caractéristiques de l'établissement pénitentiaire et du volume d'activité.

FICHE 3

ENTRETIEN DES LOCAUX (HYGIÈNE HOSPITALIÈRE)

Ces mesures d'hygiène incluent celles afférentes aux services de soins dont l'objectif prioritaire est la lutte contre les infections associées aux soins et celles relatives aux conditions d'hygiène et de sécurité dans les établissements pénitentiaires.

1 - MESURES D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Les unités de soins implantées en milieu pénitentiaire sont des unités de consultations déportées des établissements de santé auxquels elles sont rattachées. Elles doivent bénéficier des mêmes dispositions que celles appliquées aux autres services hospitaliers.

1-A. INSTANCES

Instances décisionnelles

La loi HPST a modifié les règles d'organisation.

Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) n'est plus une instance obligatoire. Le principal acteur est désormais la CME.

Le programme d'actions de lutte contre les événements indésirables associés aux soins est arrêté par le représentant légal de l'établissement, après concertation avec le président de la CME. Il comprend un volet relatif aux mesures à mettre en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales¹.

Instances opérationnelles

Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)

Chaque établissement de santé se dote d'une EOH chargée de mettre en œuvre et d'évaluer le programme d'actions². L'unité sanitaire, en tant qu'unité de soins déportée, doit pouvoir bénéficier, comme chacune des autres unités, des services et des missions de l'EOH.

1. Art. R. 6111-1 du CSP, décret 2010-1408 du 12 novembre 2010.
2. Art. R. 6111-7 et 8 du CSP, circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000.

Les référents d'hygiène hospitalière³

Il est nécessaire que soient désignés, parmi les personnels de chaque service, un référent médical et un référent paramédical. Ces règles s'appliquent aux unités de soins intervenant pour les personnes détenues.

1-B. MISSIONS ET ACTIONS

De l'équipe opérationnelle d'hygiène :

- élaboration et application des **recommandations** de bonnes pratiques ;
- recueil et traitement des données de la **surveillance** en incidence et en prévalence ;
- **formation** des professionnels et évaluation des pratiques professionnelles relatives à la prévention du risque infectieux ;
- **investigations et interventions** dans le cadre du signalement d'infection nosocomiale ;
- déclaration aux autorités sanitaires des signalements **externes** d'infection nosocomiale, *via* l'outil e-SIN ;
- animation et participation aux groupes de travail thématiques en hygiène hospitalière (interne ou externe à l'établissement de santé).

Des référents d'hygiène hospitalière :

- relayer les informations et participer à la mise en œuvre des actions de prévention de lutte contre les infections, associées aux soins du programme d'action annuel du CLIN ou de la CME ;
- transmettre à l'EOH les informations relatives au signalement d'infection nosocomiale et participer, le cas échéant, à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques ;
- participer aux recueils de la surveillance en incidence et en prévalence.

2 - MESURES D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Le ministère des Solidarités et de la Santé est garant de l'exécution des lois et des règlements se rapportant à la santé publique.

2-A. ACTEURS

Comité interministériel de coordination de la santé

Selon l'article D. 348-3 du CPP : « *Le comité interministériel est chargé d'examiner les conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires.* »

3. Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000 (lien internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-03/a0030151.html>).

Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et agences régionales de santé (ARS)

Selon l'article D. 348-1 du CPP :

« *L'inspection générale des affaires sociales et les services des agences régionales 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.*

Ces services contrôlent à l'intérieur des établissements pénitentiaires l'exécution des lois et règlements se rapportant à la santé publique et effectuent toutes les vérifications utiles à leurs missions. »

Médecin coordonnateur de l'unité sanitaire

Aux termes de l'article D. 380 du CPP :

« *Le médecin responsable des structures visées à l'article D. 368 veille à l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle dans l'établissement pénitentiaire.*

À ce titre, il est habilité à visiter l'ensemble des locaux de l'établissement et à signaler aux services compétents les insuffisances en matière d'hygiène et, de manière générale, toute situation susceptible d'affecter la santé des personnes détenues ; il donne son avis sur les moyens d'y remédier. »

2-B. TRAITEMENT DES DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS

Selon l'article R. 6112-19 du CSP :

« *L'établissement public de santé de référence assure l'élimination des déchets hospitaliers.* » Les coûts de transport liés à l'élimination des déchets ménagers ou assimilables sont à la charge de l'administration pénitentiaire.

CAHIER 2

ORGANISATION DES CONSULTATIONS SANITAIRES ET PRISE EN CHARGE DE GROUPE AU SEIN DE L'USMP

P. 157 > 171

L'établissement de santé de rattachement de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) est chargé, conformément aux dispositions des articles R. 6112-19 et R. 6112-20 du Code de la santé publique (CSP), reprises par l'article D. 379 du Code de procédure pénale (CPP), d'organiser la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Il coordonne également des actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre au sein de l'établissement pénitentiaire.

Les modalités d'intervention de l'établissement de santé sont prévues par l'article R. 6112-16 du CSP et précisées par le protocole signé par les différents partenaires concernés¹. Ce protocole précise les modalités d'intervention des personnels de l'USMP.

Si l'établissement de rattachement de l'USMP n'a pas d'activité de psychiatrie, l'intervention d'un établissement psychiatrique est déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), dans les conditions définies par l'article R. 6112-15 du CSP.

L'article 48 de la loi pénitentiaire de 2009 dispose que « *ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale* ».

Les consultations effectuées en milieu pénitentiaire recouvrent celles répondant à la réglementation² et notamment l'article R. 57-8-1 du CPP, et celles fixées dans le protocole signé entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé concernés³.

Les médecins assurent les consultations médicales nécessaires au suivi des personnes détenues. Celles-ci résultent de demandes formulées soit par la personne détenue elle-même, soit, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire, les services éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue. Elles peuvent être demandées par le médecin dans le cadre des suivis médicaux.

Le suivi médical de la personne détenue comporte les consultations suivantes :

- l'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté ;
- l'examen médical des personnes condamnées sortantes ;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier d'isolement ;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire ou confinées dans une cellule ordinaire.

1. Art. R. 6112-23 du CSP.

2. Art. R. 6112-14 à R. 6112-27 du CSP.

3. Art. R. 6112-16 al.1 et listées dans R. 6112-23 du CSP.

FICHE 1

CONSULTATION ARRIVANT : EXAMEN MÉDICAL D'ENTRÉE DES PERSONNES DÉTENUES VENANT DE L'ÉTAT DE LIBERTÉ⁴

Ce premier examen doit avoir lieu dans les plus brefs délais, avec le consentement de la personne détenue. L'objectif est de déceler toute affection contagieuse ou évolutive, de mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives et d'assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement, et la prévention du risque suicidaire.

À ce titre, dans le cas où un mineur fait l'objet d'une prise en charge par un service PJJ, en amont de son incarcération, les professionnels de la PJJ peuvent transmettre à l'unité sanitaire : le recueil d'information santé (RIS)⁵, voire le projet d'accueil individualisé (PAI)⁶ établi dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique. L'accord du mineur et des titulaires de l'autorité parentale est alors nécessaire.

L'article D. 32-1 du CPP prévoit pour les personnes en détention provisoire que le juge d'instruction transmette le dossier d'un prévenu, accompagné d'une notice, au juge des libertés et de la détention. Celle-ci, outre les informations sur les données pénales concernant le prévenu, comporte des éléments sur sa personnalité. Le magistrat la transmet également, visée et datée, au chef de l'établissement pénitentiaire s'il le juge utile.

Si l'examen d'entrée n'est pas obligatoire à l'occasion du transfert entre établissements pénitentiaires d'une personne détenue, toutes mesures doivent être prises pour assurer la continuité des soins, en fonction des éléments transmis par l'équipe médicale précédemment en charge de cette personne.

En ce qui concerne les mineurs, le médecin de l'unité sanitaire, conformément à la circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008⁷, délivre, lors de l'examen d'entrée :

- les avis et conseils nécessaires à la poursuite des activités physiques et sportives qui ne dépendent pas de la réglementation du sport de compétition, et les certificats de non contre-indication nécessaires pour les activités relevant d'une fédération sportive ;
- un avis d'aptitude ou d'inaptitude au suivi des activités d'insertion en place dans l'établissement pénitentiaire (circulaire DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008).

4. Art. R. 6112-19 du CSP et R. 57-8-1 du CPP.

5. Le RIS permet dès l'accueil d'aborder les besoins en santé du jeune, de recueillir ceux exprimés par les détenteurs de l'autorité parentale et d'inscrire ceux repérés par les professionnels éducatifs et d'en déduire des objectifs d'intervention personnalisée en santé dans la prise en charge éducative. Cf. *Guide des dispositions en santé à la PJJ*, 2008.

6. Le PAI résulte d'une concertation entre les différents acteurs de la vie de la personne mineure. Il organise les modalités de sa vie quotidienne dans l'institution, dans le respect des compétences de chacun et en fonction de ses besoins (affection de longue durée : pathologie, handicap, etc.). Cf. *Guide des dispositions en santé à la PJJ*, 2008.

7. Lien internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-06/ste_20080006_0100_0081.pdf

FICHE 2

CONSULTATION À LA DEMANDE DE LA PERSONNE DÉTENUE

L'acheminement des demandes de consultations vers l'USMP est assuré, de façon préférentielle, au moyen d'une boîte aux lettres réservée à cet effet. Celle-ci est directement accessible aux personnes détenues à l'occasion de leurs mouvements en détention. Seuls les personnels soignants en détiennent la clef. L'acheminement de demandes orales ou écrites (sous pli fermé) peut aussi être assuré par le personnel pénitentiaire, s'il est sollicité, et les personnels éducatifs de la PJJ quand il s'agit de mineurs. L'application Genesis permet également de transmettre des demandes et d'en assurer la traçabilité, en garantissant la confidentialité et le secret (en ne spécifiant pas le motif de consultation).

Le secrétariat de l'USMP recense et traite les demandes reçues avec les personnels soignants concernés. Il programme les rendez-vous à l'USMP.

À cet effet, et afin de limiter la non-présentation à la consultation, il peut prendre en compte les informations relatives à la disponibilité de la personne détenue concernée, par tout moyen qu'il juge adapté, notamment par la consultation de Genesis *via* le profil spécifique attribué.

Dans la mesure du possible, il informe la personne concernée par écrit (par exemple par la remise à la personne concernée, lors de la distribution des médicaments en bâtiment, d'un avis de rendez-vous).

Chaque jour le secrétariat remet au surveillant de l'unité sanitaire la liste des personnes détenues attendues à l'USMP, au plus tôt, pour le lendemain. Cette liste est remise suffisamment en avance, afin que l'information puisse être transmise au personnel de surveillance affecté en bâtiment. Ces listes ne mentionnent pas le motif de consultation.

FICHE 3

CONSULTATION SORTANT : EXAMEN MÉDICAL DE SORTIE DES PERSONNES DÉTENUES CONDAMNÉES

L'article 53 de la loi pénitentiaire dispose qu'une visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération. Les conditions de cette visite sont précisées dans l'annexe J – « Consultation de sortie type ».

« La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans un continuum, c'est-à-dire au-delà du séjour en prison. »

Les risques encourus pour la santé individuelle et collective peuvent être prévenus en évitant les ruptures de prise en charge et de traitements.

1 - ORGANISATION DES CONSULTATIONS

L'organisation de ces consultations ne peut se faire sans une bonne coordination entre les professionnels de santé, de l'administration pénitentiaire et de la PJJ. Il est recommandé que les modalités de cette coordination soient formalisées dans une procédure. En effet, l'administration pénitentiaire doit informer l'unité sanitaire et les professionnels de la PJJ, de façon anticipée, des dates de libération.

Afin de motiver les patients et d'éviter les refus de consultations, les patients détenus et les détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs détenus doivent être informés du motif de cette consultation.

La consultation médicale de sortie obligatoirement proposée, à l'instar de la consultation médicale d'entrée, est assurée par le médecin généraliste de l'unité sanitaire. Elle peut être complétée en tant que de besoin d'une consultation de psychiatrie ou d'addictologie.

2 - GRANDS PRINCIPES DE CETTE CONSULTATION

2-A. CONTINUITÉ DES SOINS

La consultation de sortie permet, pour les personnes suivies médicalement, d'assurer la continuité des soins dans les meilleures conditions, et, pour les personnes non suivies régulièrement par les services de santé, de bénéficier d'orientation et de conseils en cas de besoin.

Cette consultation est l'occasion de faire le résumé médical du séjour carcéral.

Le cas échéant, les éléments nécessaires permettant la poursuite des soins à la sortie (ordonnances, comptes rendus d'exams, courriers médicaux, carnets de vaccination, etc.) sont fournis au patient.

Si la personne a bénéficié d'une démarche d'éducation thérapeutique, il est recommandé de délivrer les informations et de prendre les contacts nécessaires pour assurer les conditions de relais (équipe soignante, association de patients).

Si la personne relève d'une affection longue durée, le protocole ALD doit être établi et transmis (cf. Livre 7 – « Droits sociaux et financements des soins »).

La continuité de la prise en charge sanitaire nécessite de rassembler les conditions pour mettre en œuvre l'accès, le maintien et la continuité des soins incluant la protection sociale, en coordination avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), le service de la PJJ pour les mineurs et les services sociaux compétents.

Avant la sortie, le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le greffe de l'établissement et les services éducatifs de la PJJ – en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs – contribuent, avec les services de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), à établir ou à rassembler l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la personne pour qu'elle puisse bénéficier, après sa sortie, d'un suivi médical et social. La mobilisation de divers services nécessite leur coordination.

Il s'agit en particulier des documents concernant l'accès aux droits et l'ouverture des droits des personnes détenues et de leurs ayants droit (cf. Livre 7 – « Droits sociaux et financements des soins ») ou le retour à la qualité d'ayant droit pour les mineurs pouvant en bénéficier : attestation de carte Vitale, couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), allocation aux adultes handicapés (AAH), aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), minima sociaux ; pour les personnes en situation irrégulière, la continuité suppose d'initier la demande d'aide médicale de l'État (AME) et la procédure de titre de séjour pour soins, le cas échéant, avant la sortie.

Pour que la personne puisse poursuivre ses soins avec efficacité, une attention particulière doit être portée sur les conditions d'hébergement ou de logement.

2-B. PRÉVENTION

La consultation de sortie participe de la démarche de prévention en matière de santé.

Celle-ci peut se faire au travers de diverses propositions et de la délivrance de conseils adaptés incluant :

- un examen médical et un bilan de santé à la sortie, pour les personnes non suivies régulièrement par le service de santé ;
- une nouvelle proposition de dépistages pour les personnes n'en ayant pas bénéficié récemment (VIH, VHB, VHC, syphilis, etc.) ;
- en fonction de l'âge, information et incitation à réaliser les dépistages du cancer colorectal, de la prostate et du sein ;
- pour les personnes présentant une conduite addictive, le projet de sortie avec les intervenants spécialisés (le centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA] référent, le cas échéant) ;
- une mise à jour des vaccinations et la remise en main propre du carnet de vaccination ;
- une évaluation de l'état bucco-dentaire. Si des soins doivent être poursuivis, le patient peut être orienté vers les professionnels ou dispositifs les plus aptes à le prendre en charge ;
- une orientation vers des ressources associatives peut être proposée si besoin.

FICHE 4

CONSULTATIONS AU QUARTIER D'ISOLEMENT, QUARTIER DISCIPLINAIRE OU EN CONFINEMENT

S'agissant de la situation des personnes détenues placées à l'isolement, au quartier disciplinaire, ou confinées dans une cellule ordinaire, il n'appartient pas au médecin de se prononcer sur la décision de placement prise, qui ne relève ni de sa compétence, ni de sa responsabilité. L'examen médical n'est pas un préalable à ce placement.

Toute personne détenue peut bénéficier de soins dispensés au sein de l'USMP si son état clinique, ou le suivi de ces soins, le nécessite.

1 - VISITES AUX PERSONNES DÉTENUES PLACÉES À L'ISOLEMENT⁸

La liste des personnes présentes au quartier d'isolement est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale de l'USMP.

Le médecin visite les personnes détenues au quartier d'isolement au moins deux fois par semaine et chaque fois qu'il l'estime nécessaire. À l'occasion de ce déplacement, il vise le registre de visite.

Lorsque le médecin constate que l'exécution de la mesure est de nature à compromettre la santé de la personne détenue⁹, il rédige un certificat qu'il remet à l'administration pénitentiaire (« l'état de santé actuel de X est incompatible avec son maintien au quartier d'isolement »).

Les décisions du directeur interrégional des services pénitentiaires de prolonger l'isolement administratif au-delà de six mois¹⁰ ou du ministre de la Justice de prolonger l'isolement administratif au-delà d'un an¹¹ sont prises sur rapport motivé du directeur interrégional des services pénitentiaires. Le médecin est informé par

8. Art. R. 57-7-63 et R. 57-7-64 du CPP.

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

10. Art. R. 57-7-68 du CPP.

11. Art. R. 57-7-68 du CPP.

l'administration pénitentiaire. Dans le cadre de la procédure de prolongation de la mesure d'isolement, l'avis du médecin est obligatoire¹².

Il est à noter que le placement à l'isolement est exclu pour les mineurs.

Les visites et les avis concernant les personnes détenues à l'isolement font l'objet d'une mention au dossier médical.

2 - VISITES AUX PERSONNES DÉTENUES PLACÉES AU QUARTIER DISCIPLINAIRE¹³

Conformément aux dispositions de l'article R. 57-7-31 du CPP ainsi qu'à la circulaire JUSK 1140029C en date du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues, la liste des personnes présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale de l'USMP. Le médecin visite, sur place, chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. Cette visite peut avoir lieu en présence du personnel pénitentiaire avec l'accord ou à la demande du médecin, dans le respect du secret professionnel, la sécurité du personnel sanitaire devant être garantie. Si, entre ces visites, l'état de santé de la personne détenue est jugé préoccupant par le personnel pénitentiaire, celui-ci le signale à l'USMP.

La circulaire DAP/DPJJ du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs indique que le placement en confinement ou en quartier disciplinaire n'interrompt pas la continuité de l'intervention éducative de la PJJ auprès des mineurs détenus.

Durant la sanction, la continuité de la prise en charge éducative vise au maintien du lien éducatif, au repérage de demandes ou de besoins du mineur et à l'articulation avec le service de santé.

La visite peut également être demandée par la personne détenue elle-même. Toute personne détenue peut bénéficier de soins dispensés au sein de l'USMP, si son état clinique ou le suivi de ces soins le nécessite.

Lors de chacune de ses visites, le médecin vise le registre mis en place à cet effet, mais pas les fiches individuelles de procédure disciplinaire.

La demande d'avis médical préalable à une mise au quartier disciplinaire n'est pas prévue par la réglementation (CPP). Il en est de même pour les mises au quartier disciplinaire préventives, avant que la sanction ne soit prononcée. Cependant, un avis médical peut être sollicité par la personne placée de manière préventive au quartier disciplinaire. Les personnels pénitentiaires signalent également à l'équipe sanitaire tout élément justifiant un examen médical pendant cette période. Si, à l'occasion d'une visite, le médecin estime que le placement au quartier disciplinaire est de nature à compromettre la santé de la personne détenue, il émet un avis écrit destiné au chef de l'établissement pénitentiaire. À la suite de cet avis, le chef d'établissement pénitentiaire suspend la sanction. Enfin, les personnes détenues prises en charge en hospitalisation de jour en psychiatrie, au

12. Art. R. 57-7-64 et R. 57-7-73 du CPP.

13. Art. R. 57-7-31 du CPP.

sein de l'établissement pénitentiaire, ne peuvent pas être placées au quartier disciplinaire, sans qu'un médecin du service ne se soit prononcé sur la compatibilité de l'interruption de l'hospitalisation avec leur état de santé.

Tous les avis concernant les personnes détenues placées au quartier disciplinaire sont portés au dossier médical.

3 - VISITES AUX PERSONNES DÉTENUES PLACÉES EN CONFINEMENT EN CELLULE INDIVIDUELLE ORDINAIRE¹⁴

Conformément aux dispositions de l'article R. 57-7-31 du CPP ainsi qu'à la circulaire JUSK 1140029C en date du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues, la liste des personnes placées en confinement en cellule individuelle ordinaire est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale de l'USMP. Le médecin examine sur place, chaque personne détenue, au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. La sanction est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé de l'intéressé.

Dans le cadre de ses visites au quartier disciplinaire ou en cellule ordinaire, le médecin qui constate que l'exécution de la mesure de confinement est de nature à compromettre la santé de la personne détenue¹⁵, rédige un certificat qu'il remet à l'administration pénitentiaire. Ce certificat se limite à la formulation suivante : « L'état de santé actuel de X est incompatible avec son maintien au quartier disciplinaire/avec la mesure de confinement. »

14. Art. R. 57-8-1 et R. 57-7-31 du CPP.

15. Art. R. 57-7-31 du CPP.

FICHE 5

CONSULTATION D'UN GRÉVISTE DE LA FAIM

Lorsque l'administration pénitentiaire est informée d'une situation d'une personne détenue en grève de la faim et/ou de la soif, elle doit en informer l'USMP dans les plus brefs délais par un signalement écrit. La prise en charge médicale de la personne en grève de la faim et/ou de la soif relève du droit commun¹⁶. Le suivi médical est organisé en fonction de l'évaluation clinique. Si une personne détenue se livre à une grève de la faim, elle ne peut pas être traitée sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement, et seulement sur décision et sous surveillance médicale¹⁷.

Lorsque cela s'avère nécessaire, le médecin de l'USMP peut organiser l'hospitalisation d'une personne en grève de la faim et/ou de la soif. Il en informe alors le chef d'établissement pénitentiaire. Ce dernier doit porter toute grève de la faim et/ou de la soif à la connaissance du préfet et du procureur de la République, en même temps qu'à celle du directeur interrégional des services pénitentiaires et du ministre de la Justice¹⁸, voire du directeur interrégional de la PJJ et les détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs.

16. Art. L. 1111-4 du CSP et 36 du Code de déontologie médicale, R. 4127-36 du CSP.

17. Art. D. 364 du CPP.

18. Art. D. 280 du CPP.

FICHE 6

ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES DE GROUPE

Afin de renforcer et de diversifier l'offre de soins psychiatrique aux personnes détenues, les USMP peuvent proposer des activités thérapeutiques de groupe, sous la forme de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ; l'activité thérapeutique vient alors en soutien du processus de soins engagé.

La prise en charge proposée au sein d'un CATTP s'appuie sur des actions de soutien et de thérapeutique de groupe visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome. Le CATTP propose des activités d'une demi-journée au plus (ex : musique, peinture, expression corporelle, théâtre). Par ce biais, les activités favorisent les approches relationnelles, la communication et l'affirmation de soi. La prise en charge des patients est assurée par une équipe soignante dédiée, pour laquelle des moyens financiers spécifiques sont alloués. Compte tenu du nombre de participants attendus, et même si ce nombre est relativement modeste, une salle d'activité est nécessaire. Lorsque les bénéficiaires sont des mineurs, ils ne doivent pas être mis au contact des majeurs.

FICHE 7

TÉLÉMÉDECINE

La mise en place d'un réseau de télémédecine (visioconférence, téléradiologie, télétransmission des résultats, téléconsultation, télé-expertise) permet aux médecins des unités sanitaires de bénéficier de la technicité du plateau technique hospitalier et de l'accès à des avis spécialisés, sans avoir à recourir à des extractions médicales. Et ce en garantissant la sécurité et la confidentialité des informations transmises.

Ce dispositif permet d'améliorer l'offre de soins pour les détenus en :

- diminuant le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous médical ;
- incitant les médecins situés loin des établissements pénitentiaires à se porter volontaires pour soigner les détenus ;
- proposant un plus grand choix à des spécialités médicales ;
- garantissant le respect du secret médical.

Il convient de souligner que le recours à ces nouvelles technologies d'informations et de communications médicales ne se substitue pas au nécessaire dialogue entre le médecin traitant et la personne détenue.

Le programme ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) a pour objectif de déployer la télémédecine en France (art. 36 de la LFSS 2014). Il vise, en outre, à améliorer l'accès aux soins des patients, dans le cadre de leur parcours de soins, en lien avec le médecin traitant. De récentes évolutions législatives (art. 91 de la LFSS pour 2017) ont permis le déploiement de la télémédecine sur tout le territoire national, avec une prolongation de l'expérimentation.

Les patients éligibles à ce programme sont ceux présentant une affection de longue durée – et pris en charge en ville ou en établissement de santé dans le cadre des actes et des consultations externes – et les résidents en structure médico-sociale (qu'ils souffrent ou non d'une ALD).

Il est dès lors possible pour les établissements et médecins requis de facturer des téléconsultations et des télé-expertises au titre des actes et des consultations externes, dans le respect du cahier des charges au bénéfice des patients détenus en ALD.

Afin de faciliter ce déploiement, la loi supprime également l'obligation de conventionnement avec l'ARS.

FICHE 8

APTITUDE AUX SPORTS ET AUTRES ACTIVITÉS

L'activité sportive en milieu carcéral est un vecteur de promotion de la santé, de désistance¹⁹ et de réhabilitation. Elle rythme la vie en détention, constitue un outil de sa gestion et favorise la réadaptation sociale. Elle est d'autant plus importante que l'incarcération est un facteur de sédentarité. Pour ces raisons, elle est encouragée chez toutes les personnes détenues, quels que soient leur âge et leur sexe. Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap bénéficient de programmes adaptés.

Néanmoins, l'activité physique peut être responsable d'accidents de nature médicale ou de pathologies qui justifient, dans certains cas, un accompagnement médical. Les accidents traumatiques liés au sport sont fréquents en milieu carcéral. Des troubles musculo-squelettiques peuvent également survenir, en lien avec la pratique de l'exercice physique.

En outre, les pratiques de dopage chez les personnes détenues sont observées et justifient une attention particulière.

Le médecin de l'USMP est chargé d'examiner la personne détenue dans le cadre de la délivrance d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive²⁰, lorsque ce certificat est nécessaire en raison de la participation à une compétition ou d'une adhésion à une fédération. Si besoin, les examens complémentaires nécessaires sont réalisés avant la délivrance du certificat. C'est l'occasion de rappeler les bonnes pratiques d'exercices physiques (échauffement, alimentation et hydratation) afin de limiter le risque de pathologies traumatiques et musculo-tendineuses. Une information sur le dopage et ses risques est délivrée.

Une attention particulière est portée aux demandes de compléments alimentaires par les personnes détenues. À ce titre, dans le cadre du plan national de prévention du dopage et des conduites dopantes 2015-2017, le ministère chargé des Sports, l'Ordre national des pharmaciens et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) se sont associés pour sensibiliser les sportifs sur l'utilisation des compléments alimentaires. Ils rappellent qu'une alimentation équilibrée suffit le plus souvent à couvrir les besoins en nutriments, en minéraux et en vitamines et recommandent l'utilisation des produits conformes à la norme NF V 94-001.

19. Il s'agit de facteurs dynamiques, à la fois objectifs et subjectifs, qui renvoient aux ressources dont dispose le délinquant pour s'inscrire dans un processus de sortie de la délinquance. Bibliographie de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive, février 2013.

20. Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.

Ce type de produits est habituellement distribué par les pharmacies d'officine, mais la pharmacie de l'USMP n'en distribue pas. Pour ces raisons, et afin d'éviter l'entrée de produits non conformes et non associés à un conseil spécialisé, l'administration pénitentiaire propose, en cantine exceptionnelle, un complément alimentaire normé. Pour pouvoir acheter le complément alimentaire, la personne détenue doit produire un justificatif de l'USMP, mentionnant qu'elle a été reçue dans le cadre d'une demande de compléments alimentaires et a obtenu les conseils nécessaires. Ce justificatif – qui n'est pas un certificat médical – permet de lui assurer l'accès à une information dont elle aurait pu bénéficier auprès d'un pharmacien en officine.

On trouvera sur le site internet du ministère chargé des Sports une documentation sur les risques du dopage. En outre, l'administration pénitentiaire met à disposition, *via* son intranet (APNET/missions/sport/affiches musculation), des affiches décrivant les bonnes pratiques de musculation.

CAHIER 3

ORGANISATION DES CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS EN DEHORS DE L'USMP

P. 173 > 195

FICHE 1

ORGANISATION DES CONSULTATIONS SANITAIRES EN DEHORS DE L'USMP

Conformément aux dispositions de l'article R. 6112-23 du Code de la santé publique (CSP), l'établissement de santé de rattachement assure l'accès des personnes détenues aux soins (consultations ou examens) qui ne peuvent être réalisés au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). Une procédure conclue entre les deux établissements (santé et pénitentiaire) précise les modalités de mise en œuvre.

Il appartient à l'établissement pénitentiaire d'assurer l'extraction de la personne détenue dans les conditions définies par les textes correspondants¹ (cf. Livre 2, Cahier 1, Fiche – « Règles de sécurité »).

Comme pour tout examen médical, les rendez-vous organisés en dehors de l'USMP nécessitant une extraction médicale sont proposés à la personne détenue. Ils nécessitent son consentement éclairé et celui du détenteur de l'autorité parentale, si cette personne est mineure. La nature de l'examen et les conditions de sa réalisation (dont la non-connaissance de la date d'examen) sont expliquées à la personne. Une documentation peut lui être remise à cet effet.

Le secrétariat de l'USMP programme les examens médicaux à l'extérieur (consultation externe, examen de radiologie, etc.) en lien avec l'administration pénitentiaire. En consultant Genesis, il peut tenir compte des extractions déjà envisagées et vérifier la disponibilité de la personne détenue.

Si besoin, un transport sanitaire est prescrit par le médecin de l'unité sanitaire et organisé par l'administration pénitentiaire. Les conditions de prescription des transports sanitaires sont précisées à la fin de ce cahier, Fiche 7 – « Transports ».

1. Circulaire n° 000117 DAP du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale, qui a été modifiée par la circulaire JUSK1140022C du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues (http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1140022C.pdf).

FICHE 2

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

Chaque région dispose d'au moins une USMP dispensant des soins psychiatriques de niveau 2.

1 - MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

L'hospitalisation de jour en psychiatrie se déroule en milieu pénitentiaire, pour permettre au patient d'accéder facilement aux différentes activités et consultations nécessaires. Pendant la durée de l'hospitalisation de jour, le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention.

Les cellules d'hébergement sont dédiées aux patients pris en charge et permettent, dans la mesure du possible, un accès facilité à l'unité de soins. Leur situation au sein de l'établissement pénitentiaire doit permettre des déplacements facilités vers le lieu de soins.

L'objectif à atteindre est une place en cellule d'hébergement pour 100 places de détention. Le but est que l'ensemble de la population pénale d'un secteur géographique donné puisse avoir accès à cette offre de soins. La nécessité d'installation de cette offre sera étudiée lors de chaque ouverture d'établissement pénitentiaire. Dans la mesure du possible, le nombre de places en hospitalisation de jour, au sein d'un même établissement pénitentiaire, doit être limité à 20. Si la région présente une activité correspondant à plus de 20 places, un second site assurant des soins de niveau 2 doit être prévu (sous réserve des contraintes architecturales des établissements pénitentiaires).

L'encellulement individuel doit être privilégié. Les personnes détenues placées dans ces cellules doivent néanmoins pouvoir accéder aux équipements collectifs. Leur entretien et leur équipement relèvent de l'administration pénitentiaire.

2 - CONDITIONS D'ADMISSION EN HOSPITALISATION DE JOUR

Les admissions en hospitalisation de jour sont exclusivement décidées par le médecin. Elles sont prononcées par le directeur de l'établissement de santé, sur proposition médicale.

La décision d'affectation au sein d'une cellule d'hébergement dédiée à l'hôpital de jour est prise par le directeur de l'établissement pénitentiaire, sur demande exclusive du médecin responsable, qui décide de la date d'admission et de sortie.

Sauf en cas d'urgence ou de péril imminent, les changements d'affectation au sein des cellules d'hébergement décidés par le directeur pénitentiaire font l'objet d'une concertation préalable avec le médecin.

L'admission en hospitalisation de jour peut être prononcée pour toute personne détenue relevant de la zone géographique de son ressort.

Dans le cas de personnes détenues dans un autre établissement pénitentiaire, le médecin responsable de l'unité d'hôpital de jour examine les demandes d'admission présentées par les équipes soignantes de l'établissement d'origine. Sous réserve de son avis favorable et des disponibilités au sein des cellules d'hébergement, il transmet au directeur de l'établissement pénitentiaire une demande de transfert en vue de soins au sein de l'hôpital de jour et d'une affectation en cellule d'hébergement. Le transfert est organisé par l'administration pénitentiaire dans les délais les plus brefs.

3 - RÔLE DES SURVEILLANTS PÉNITENTIAIRES AFFECTÉS AUX CELLULES D'HÉBERGEMENT

Les cellules d'hébergement sont gérées par l'administration pénitentiaire. Elles font l'objet de la même surveillance que toute autre cellule (jour et nuit). Le jour, cette surveillance est exercée par du personnel pénitentiaire affecté spécifiquement à la structure sanitaire de soins psychiatriques.

Dans l'exercice de leurs fonctions, ces personnels de surveillance tiennent le plus grand compte de la spécificité des malades détenus pris en charge, respectant le caractère médical de ce lieu de soins. Il est souhaitable que ces personnels de surveillance bénéficient d'une formation d'initiation aux problématiques de santé mentale, en sus d'une information préalable sur la mission de ce service hospitalier.

La collaboration entre les personnels de surveillance et les professionnels sanitaires est indispensable afin de garantir la complémentarité utile de leurs missions respectives dans l'intérêt tant des personnes détenues que des personnels eux-mêmes.

4 - LES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX (SMPR)

Les 26 établissements pénitentiaires sièges de SMPR disposent d'ores et déjà d'une offre de soins de niveau 1 (incluant les activités à temps partiel) et, pour une grande partie d'entre eux, d'une offre de soins de niveau 2 (permettant l'accueil de patients de leurs zones de ressort géographique en hospitalisation de jour).

Tous les établissements pénitentiaires sièges de SMPR doivent mettre en place cette activité de niveau 2, en cohérence avec les besoins de soins qui leur sont propres.

Au-delà du recours clinique de niveau 2, les SMPR ont une mission de coordination régionale impliquant :

- une coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile intervenant en milieu pénitentiaire ;
- une articulation avec les dispositifs de soins psychologiques (DSP) des unités sanitaires de leur région et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Par exemple, l'élaboration d'un projet régional d'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, qui pourra être intégré au projet territorial de santé mentale ;
- un rôle d'interface avec les autorités de tutelle, sur les sujets généraux qui ne concernent pas un site d'implantation spécifique ;
- la mise en place de formations au niveau régional, formation initiale (étudiants hospitaliers, internes, stages d'Instituts de formation en soins infirmiers [IFSI], etc.) et formation continue.

FICHE 3

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS AU CENTRE HOSPITALIER DE RATTACHEMENT

1 - EN HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL

Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement, lorsque son plateau technique le permet. Ils sont dispensés à temps partiel et concernent notamment la chirurgie ambulatoire ou certains traitements.

2 - EN HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET

Il s'agit d'hospitalisations d'urgence ou programmées, mais de très courte durée (moins de 48 heures).

Les chambres sécurisées sont mobilisées en priorité pour l'accueil des personnes détenues. Elles font l'objet d'aménagements spécifiques de sécurisation.

La circulaire interministérielle du 13 mars 2006 (DAP/DHOS/DGPN/DGGN) relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé précise le cahier des charges devant être respecté². Une garde statique est assurée par les forces de l'ordre (police ou gendarmerie), dans un sas attenant à la chambre.

Ces hospitalisations ont lieu, en principe, dans l'établissement de rattachement, sauf si l'état de santé du patient nécessite le recours à un service très spécialisé ou à un plateau technique n'existant pas.

2. http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/101-DAP-b.pdf

Les hospitalisations pour les accouchements sont réalisées dans un service adapté.

La responsabilité médicale de la prise en charge de la personne détenue incombe à un praticien de l'unité d'hospitalisation à laquelle la chambre sécurisée est intégrée.

2-A. HOSPITALISATION URGENTE

La prise en charge en urgence est décrite dans la partie « Continuité des soins et prise en charge en dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire » de ce même cahier.

Lorsque l'hospitalisation consécutive à une admission en urgence est appelée à se prolonger, un transfert vers l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) doit être envisagé. Les conditions de celui-ci sont subordonnées à l'accord du médecin responsable de l'UHSI, à un état de santé du patient compatible avec le transport et à la disponibilité de places à l'UHSI.

2-B. HOSPITALISATION DE TRÈS COURTE DURÉE

L'hospitalisation programmée de très courte durée est inférieure ou égale à 48 heures. Toutefois, dans certains cas devant rester exceptionnels, si le temps d'accès entre l'établissement de santé et l'UHSI est très important et que la durée d'hospitalisation restante estimée est courte, celle-ci peut se prolonger au-delà de 48 heures.

FICHE 4

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS À L'UHSI OU À L'EPSNF³

Huit UHSI sont réparties sur le territoire. Elles accueillent des personnes détenues majeures et mineures. Elles sont sécurisées par l'administration pénitentiaire présente au sein de l'unité de soins. Le nombre d'unités, les sites d'implantation et les secteurs géographiques de rattachement sont précisés dans l'arrêté du 24 août 2000 et la note DAP/DGOS du 5 juillet 2013 (cf. annexe N – « Carte UHSI »).

Les UHSI sont des structures hospitalières qui prennent en charge l'ensemble des hospitalisations, hors hospitalisations urgentes et de courte durée (excepté celles des établissements pénitentiaires rattachés à l'établissement de santé siège de l'UHSI), ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé.

Une hospitalisation en UHSI ne requiert pas une hospitalisation préalable dans une chambre sécurisée. Le patient peut être adressé directement à l'UHSI.

Dans la mesure du possible, la personne détenue est avertie une demi-journée à l'avance de son hospitalisation. Avant tout départ vers l'UHSI, le consentement éclairé de la personne détenue (et des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale lorsqu'elle est mineure) est recueilli par l'unité sanitaire ayant proposé l'hospitalisation et l'information sur les conditions de prise en charge à l'UHSI lui est délivrée, avec en particulier la remise du livret d'accueil de l'UHSI. Les personnes détenues admises à l'hôpital continuant de subir leur peine, la réglementation pénitentiaire leur demeure applicable.

Les personnes détenues hospitalisées en UHSI bénéficient de toutes les garanties prévues par la réglementation pour préserver les droits des patients. Ces droits concernent notamment l'information du patient sur son état de santé, le consentement et le refus de soin, la désignation d'une personne de confiance et la rédaction des directives anticipées.

Les personnels pénitentiaires assurent la surveillance et la sécurité des personnes et des locaux ; la gestion de l'ouverture des portes des chambres de la zone de soins et d'hébergement de l'UHSI est définie localement par le chef de l'établissement pénitentiaire en concertation avec les professionnels de santé concernés ; le nombre de chambres simultanément ouvertes doit se limiter à la stricte nécessité médicale.

3. Établissement public de santé national de Fresnes.

Les UHSI sont situées dans des centres hospitaliers universitaires et bénéficient de leur plateau technique. Les patients sont donc amenés, selon les examens complémentaires demandés, à consulter, voire à être hospitalisés, dans d'autres services de soins ou médico-techniques. Ils sont alors accompagnés de personnels sanitaires et d'une escorte pénitentiaire ou des forces de l'ordre. Dans le but d'une articulation efficace entre les équipes, il est souhaitable que préalablement à l'escorte, le responsable pénitentiaire communique les mesures de sécurité envisagées au responsable médical de l'UHSI, celles-ci devant toujours respecter la dignité de la personne et le secret médical.

Lorsqu'un patient a besoin d'une consultation de spécialiste sans recours à un plateau technique particulier, les praticiens spécialistes se déplacent au sein de l'UHSI. Les conditions d'accès leur sont alors facilitées. Pour les mineurs, les pédiatres peuvent également se déplacer au sein de l'unité.

Toutefois, dès lors que leur état de santé l'exige, les patients peuvent être hospitalisés dans des services spécialisés. La garde statique est assurée par les forces de l'ordre ou de l'administration pénitentiaire.

Une commission de coordination locale est mise en place pour assurer le suivi du fonctionnement de l'UHSI et la coordination entre les professionnels des différents services appelés à y intervenir : personnels hospitaliers et pénitentiaires et personnels de la protection judiciaire de la jeunesse intervenant auprès des mineurs hospitalisés.

Un protocole de fonctionnement précise l'organisation interne de l'UHSI : missions des acteurs concernés, conditions d'admission, de sortie et de transport des personnes détenues, circulation de l'information, conditions de déambulation des patients dans les couloirs ou espaces extérieurs, si la configuration architecturale le permet, etc.

FICHE 5

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS À L'UHSA

1 - PRINCIPES GÉNÉRAUX

Selon l'article L. 3214-1 du CSP modifié par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge :

« I. – *Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée.*

II. – *Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du I de l'article L. 3211-2-1 [c'est-à-dire, hospitalisation complète]. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée.*

III. – *Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues aux I et II du présent article. »*

La loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002 a en effet instauré le principe d'unités spécialisées permettant l'accueil des hospitalisations psychiatriques des personnes détenues dans un environnement sécurisé.

Le programme de construction des unités hospitalières spécifiquement aménagées (UHSA) inclut 17 unités pour une capacité totale de 705 places, réparties en deux tranches, l'une de 440 places pour neuf unités et la seconde de 265 places pour les huit autres unités.

L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des neuf UHSA de la première tranche du programme, leur établissement de santé de rattachement ainsi que leur ressort territorial. Cet arrêté sera modifié avec l'ouverture des UHSA de la seconde tranche.

Dans l'attente du déploiement du programme de création des unités hospitalières spécialement aménagées, l'hospitalisation complète en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux peut être réalisée dans un établissement de santé habilité à recevoir des patients en soins sans consentement.

Conformément à l'article R. 3214-3 du CSP, une convention spécifique à chaque UHSA est établie. Elle détaille les règles d'organisation et de fonctionnement applicables au sein de l'unité.

2 - MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

L'UHSA est une unité hospitalière implantée au sein d'un établissement de santé, sécurisée par l'administration pénitentiaire. Cette dernière assure les transferts, le contrôle des entrées et des sorties. Elle n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf demande du personnel soignant.

Les modalités générales de fonctionnement ont été définies conjointement par les trois ministères impliqués (respectivement en charge de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur) et sont détaillées dans la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)⁴.

Cette circulaire reprend les principes fondamentaux des UHSA, comme la possibilité d'hospitaliser un patient détenu avec son consentement, mais aussi la primauté du soin et la double prise en charge sanitaire, pénitentiaire et éducative pour les mineurs.

Ce texte précise que les UHSA peuvent accueillir, conformément aux dispositions de l'article D. 50 du Code de procédure pénale (CPP), les personnes hébergées par l'établissement pénitentiaire de façon continue ou discontinue, ce qui inclut les personnes incarcérées, les personnes semi-libres, les bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire.

En ce qui concerne les personnes bénéficiant d'un aménagement de peine, le magistrat en charge de l'application des peines doit être informé soit de l'hospitalisation, soit de la nécessité d'hospitaliser la personne détenue, afin qu'il puisse prendre toute décision concernant l'aménagement de peine. Cette décision conditionnera le lieu de l'hospitalisation.

L'hospitalisation d'un mineur au sein d'une UHSA nécessite l'adaptation du projet médical pour qu'il puisse bénéficier de la poursuite du suivi éducatif qui s'impose avec les mineurs. Dans ce cadre, le travail d'accompagnement éducatif engagé avant son hospitalisation se poursuit durant son séjour à l'UHSA. Il s'agit d'inscrire son suivi médical dans un parcours éducatif, en préparant la suite de l'hospitalisation et en continuant de construire un projet de sortie d'incarcération. Pour ce faire, les services éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) devront être informés des principales décisions concernant le mineur, et en particulier de celles concernant les procédures d'admission et de sortie.

4. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_105_180311.pdf

3 - MODALITÉS D'HOSPITALISATION

3-A. HOSPITALISATION AVEC CONSENTEMENT AU SEIN D'UNE UHSA

Les UHSA sont les seuls lieux d'hospitalisation complète en psychiatrie pour les patients détenus avec leur consentement – ou celui des titulaires de l'autorité parentale s'ils sont mineurs. L'ensemble des modalités organisationnelles afférentes sont réglées par la circulaire du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

3-B. HOSPITALISATION DANS LE CADRE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DISPENSÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ASSURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER – HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT⁵

L'hospitalisation sans consentement des personnes détenues est régie par l'article L. 3214-1 II. du CSP. Elle ne peut avoir lieu que sous forme d'hospitalisation complète ; elle est réalisée dans un établissement autorisé en psychiatrie chargé d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, au sein d'une UHSA ou, sur la base d'un certificat médical, dans toute unité adaptée, notamment les unités pour malades difficiles (UMD).

Ces dispositions sont aménagées pour les personnes détenues sur les points suivants :

- seules sont possibles les hospitalisations décidées par le représentant de l'État. Les hospitalisations à la demande d'un tiers n'existent donc pas ;
- la seule modalité possible de prise en charge est l'hospitalisation à temps complet. Il n'y a donc pas de prise en charge avec programme de soins ;
- l'ensemble des autres dispositions concernant notamment la période initiale d'observation et de soins et l'examen somatique dans les 24 heures sont applicables.

Les médecins de l'unité sanitaire et de l'UHSA, ou de l'établissement autorisé en psychiatrie assurant le service public hospitalier, fixent ensemble les modalités d'hospitalisation, avant que le préfet du département où est situé l'établissement pénitentiaire prononce l'hospitalisation au vu du certificat circonstancié⁶.

Certificat initial d'admission

Pour procéder à une hospitalisation sans consentement, en UHSA ou hors UHSA sous le régime régi par l'article D. 398 du CPP, il revient à un médecin intervenant dans l'unité sanitaire ou le SMPR de l'établissement pénitentiaire d'établir un certificat médical circonstancié.

Toutefois, l'article L. 3214-3 du CSP précise que « *le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil* ». Si l'établissement d'accueil est également l'établissement de rattachement de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire, le psychiatre de cette unité ne peut donc pas rédiger le certificat médical permettant au préfet de prononcer, par arrêté, une admission en soins psychiatriques sous la forme

5. Art. L. 6111-1-2.1° et L. 3222-1 du CSP.

6. Art. L. 3214-3 du CSP.

d'une hospitalisation complète⁷. En revanche, le Conseil d'État a eu l'occasion, dans un arrêt du 9 juin 2010, de préciser que « *s'il ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, il peut être établi par un médecin non psychiatre de cet établissement ou par un médecin extérieur à l'établissement, qu'il soit ou non psychiatre*⁸ ».

Le médecin ayant rédigé le certificat médical initial informe le chef de l'établissement pénitentiaire concerné de sa demande, et transmet le certificat au directeur de l'établissement de santé de rattachement de l'unité sanitaire ou du SMPR.

Les médecins de l'unité sanitaire et de l'UHSA, ou de l'établissement autorisé en psychiatrie, fixent ensemble les modalités d'hospitalisation. Puis le préfet du département où est situé l'établissement pénitentiaire prononce l'hospitalisation au vu du certificat circonstancié⁹.

Premières 72 heures

La première phase de l'hospitalisation est la période initiale de soins et d'observation de 72 heures maximum. Lors de cette période :

- un examen somatique doit être réalisé, sachant que cet examen peut être effectué par un psychiatre, voire un pédopsychiatre pour les mineurs ;
- un certificat doit être réalisé au cours des 24 premières heures par le psychiatre de l'établissement de santé accueillant le patient confirmant la mesure d'hospitalisation sans consentement ;
- un deuxième certificat doit être réalisé dans les 72 heures afin d'attester le maintien de la mesure.

Ces deux certificats peuvent être réalisés par le même médecin, et conformément à l'article L. 3213-1 du CSP, transmis sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État du département et à la commission départementale des soins psychiatriques.

Certificat de maintien en hospitalisation

Le psychiatre de l'établissement d'accueil doit également fournir un certificat :

- dans le mois qui suit la décision d'admission ;
- puis mensuellement.

Saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) ou du juge des enfants

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, crée un contrôle systématique par le JLD impliquant l'organisation d'audiences.

Le JLD doit être saisi dans un délai de 8 jours et dispose d'un délai de 12 jours à compter de l'admission prononcée par le préfet pour statuer sur le maintien ou non de la mesure d'hospitalisation sans consentement. En cas de maintien de la mesure, les contrôles par le JLD doivent intervenir tous les 6 mois à compter de l'admission prononcée par le préfet, et il doit être saisi dans un délai de 15 jours avant l'expiration du délai de 6 mois pour

7. Art. L. 3214-3 du CSP.

8. Conseil d'État, section du contentieux, 9 juin 2010, n° 321506 (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000022364593&fastReqId=839558730&fastPos=1>).

9. Art. L. 3214-3 du CSP.

ce faire. Dans tous les cas, la saisine du JLD doit être accompagnée de l'avis d'un psychiatre de l'établissement de santé d'accueil sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation¹⁰.

L'audience se déroule dans l'établissement de santé, dans une salle attribuée au ministère de la Justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance (TGI), selon les modalités prévues par une convention conclue entre le TGI et l'agence régionale de santé (ARS). Si le juge estime que la salle ainsi aménagée ne satisfait pas aux exigences requises, il peut décider que l'audience se tiendra au TGI. À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est assistée ou représentée par un avocat.

À l'issue d'une mesure de soins sans consentement en UHSA, un psychiatre de l'établissement informe, le cas échéant, la personne détenue de la possibilité de bénéficier de soins psychiatriques libres. Si elle y consent, la modification du régime de soins (sans consentement puis avec consentement) ne requiert pas qu'elle retourne préalablement en détention.

10. Art. L. 3211-12-1 et L. 3214-2 du CSP.

FICHE 6

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS À L'UMD

Les patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières, peuvent être pris en charge au sein d'UMD.

L'admission du patient est prononcée par arrêté du préfet du département où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient avant son admission en UMD, au vu d'un certificat médical détaillé établi par le psychiatre de l'établissement et de l'accord du psychiatre de l'UMD. Une copie de l'arrêté est transmise au préfet du département dans lequel se situe l'établissement de rattachement de l'UMD qui reçoit le patient¹¹.

Dans l'objectif de maintenir ou de restaurer les relations du patient avec son entourage, le lieu de l'hospitalisation en UMD est déterminé en considération des intérêts personnels et familiaux du patient.

La commission du suivi médical mentionnée à l'article R. 3222-4 du CSP est indépendante et composée de médecins psychiatres extérieurs à l'UMD ; elle peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé dans l'UMD de son département d'implantation et examine au moins tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé dans l'unité.

L'établissement de santé dans lequel était hospitalisé le patient ayant fait l'objet de la demande d'admission dans l'UMD doit organiser, à la sortie du patient de l'unité, les conditions de la poursuite des soins sans consentement, lorsqu'elle est décidée conformément à l'article R. 3222-6 du CSP.

11. Art. R. 3222-2 du CSP.

FICHE 7

TRANSPORTS

1 - L'INDICATION DE TRANSPORT SANITAIRE

C'est au médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire ou de l'établissement hospitalier qu'il appartient de prescrire le mode de transport le mieux adapté à l'état de santé et au niveau d'autonomie du patient dans le respect du [référentiel de prescription des transports](#) :

Situation médicale		Mode de transport préconisé
1. La personne présente au moins une déficience ou une incapacité impliquant :	un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise	Ambulance
	une surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène	
	la nécessité d'être porté ou brancardé	
	un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie	
	l'utilisation d'aide technique (ex : béquilles) ou humaine pour se déplacer	Taxi conventionné ou véhicule sanitaire léger (VSL)
	l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant	
	un respect rigoureux des règles d'hygiène ou la désinfection rigoureuse du véhicule pour prévenir le risque infectieux	
2. La personne est soumise à un traitement ou a une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport		
3. La personne ne présente pas l'un des critères listés ci-dessus		Véhicule de l'administration pénitentiaire

Pour les patients répondant aux cas 1 et 2 ci-dessus, les médecins disposent de deux formulaires pour établir la prescription :

- le formulaire « [Prescription médicale de transport](#) » (Cerfa n° 50742*04), sous réserve que le transport soit facturable à l'assurance maladie et non pris en charge par l'établissement prescripteur (à défaut, ce sont les documents propres à l'établissement qui s'appliquent) ;

- le formulaire « **Demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale** » (Cerfa n° 50743*05) en cas de transport de plus de 150 km ou en série (transports comportant 4 déplacements de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour un même traitement), en cas de voyage en avion ou en bateau de ligne régulière ou encore de transports vers les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

La prescription médicale doit être établie avant le transport, sauf en cas d'urgence médicale (appel du SAMU - centre 15). Dans ce cas, la prescription peut être remplie *a posteriori* par un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient a été admis.

Vaut prescription médicale une convocation du contrôle médical ou pour se rendre à une consultation médicale d'appareillage (article R. 322-10-2 du code de la sécurité sociale). La convocation qui vaut prescription précise le moyen de transport sanitaire le moins onéreux compatible avec l'état du patient.

Dans le cas particulier du transport de patient entre deux établissements de santé, les modalités de prescription sont définies dans une note d'information dédiée¹².

2 - MODALITÉS D'ORGANISATION DU TRANSPORT

En fonction du profil de dangerosité de la personne détenue, une demande de renfort par les forces de sécurité intérieure (FSI) peut être nécessaire. L'administration pénitentiaire, qui a la connaissance de cette dangerosité, se charge de la demande.

2-A. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ POUR DES SOINS SOMATIQUES OU UHSI

Transport aller/retour entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé ou l'UHSI

L'organisation du transport aller/retour de la personne détenue en vue d'une hospitalisation ou d'une consultation extérieure vers l'établissement de santé de rattachement, ou d'une hospitalisation en UHSI, incombe à l'administration pénitentiaire. Le transport est effectué au moyen d'un véhicule de l'administration pénitentiaire. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Si l'état de santé et le niveau d'autonomie de la personne détenue le nécessitent, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée par un médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

L'établissement pénitentiaire organise le transport sanitaire (choix du transporteur et commande de la prestation), en lien avec les personnels de santé. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Par exception, dans les petites maisons d'arrêt qui ne disposent pas des moyens suffisants, la garde et l'escorte des personnes détenues peuvent être assurées par les forces de l'ordre.

12. NOTE D'INFORMATION N° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017

Transport entre un centre hospitalier et une UHSI

Dès lors que la personne détenue est hospitalisée, sous garde statique au sein du centre hospitalier de rattachement, ou au sein de l'UHSI, l'organisation du transport entre ces établissements est fixée selon les règles de droit commun définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.

Ainsi, en cas de transfert définitif (transfert supérieur à 48h) vers une UHSI, le transport est à la charge de l'établissement prescripteur (celui depuis lequel le patient est transféré), en l'occurrence le centre hospitalier de rattachement.

Lorsque des patients détenus hospitalisés en UHSI se voient prescrire des examens devant être 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.

La garde statique des détenus hospitalisés sur les plateaux techniques est assurée par les forces de l'ordre. Toutefois, pour les patients de l'UHSI de Paris accueillis au sein des plateaux techniques de l'AP-HP, la garde est assurée par l'administration pénitentiaire.

DPS et risque très grave d'atteinte à l'ordre public

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée (DPS), il est fait appel aux forces de sécurité intérieure pour assurer un renfort de l'escorte pénitentiaire.

2-B. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DÉTENUES EN UHSA

Les modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux au sein des UHSA sont encadrées par le décret n° 2010-507 du 18 mai 2010.

Transport aller vers l'UHSA

Deux cas doivent être distingués :

Hospitalisation du patient avec son consentement¹³

Le transport de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée d'une personne détenue devant être hospitalisée avec son consentement incombe à l'administration pénitentiaire, au moyen d'un véhicule de l'administration pénitentiaire.

Sur prescription médicale, un accompagnement du transport par du personnel hospitalier de l'établissement de santé siège de l'unité (UHSA) peut être envisagé.

13. 1^{er} alinéa de l'article R.3214-21 du Code de la Santé Publique

Si l'état de santé de la personne détenue le nécessite, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée¹⁴. Le transport est dans ce cas à la charge de l'assurance maladie. L'escorte est quant à elle assurée par du personnel pénitentiaire.

Hospitalisation du patient sans son consentement¹⁵

Le transport de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée d'une personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement incombe à l'établissement de santé siège de l'unité spécialement aménagée.

La personne détenue est accompagnée par le personnel soignant de l'établissement de santé et escortée par le personnel pénitentiaire.

Transport retour de l'UHSA¹⁶

Le transport de l'unité spécialement aménagée à l'établissement pénitentiaire d'une personne détenue, hospitalisée avec ou sans son consentement, incombe à l'administration pénitentiaire, au moyen d'un véhicule de l'administration pénitentiaire.

Sur prescription médicale du médecin de l'UHSA, un accompagnement du transport par du personnel hospitalier de l'établissement de santé siège de l'unité peut être envisagé.

Si l'état de santé de la personne détenue le nécessite, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée¹⁷ par un médecin de l'UHSA. Le transport est alors à la charge de l'assurance maladie. L'escorte est quant à elle assurée par du personnel pénitentiaire.

Extraction médicale de l'UHSA vers un établissement assurant des soins somatiques¹⁸

Si l'état de santé de la personne détenue hospitalisée dans une unité spécialement aménagée nécessite une consultation ou une hospitalisation hors de l'unité pour des raisons somatiques, le transport aller et retour est assuré au moyen d'un véhicule sanitaire, selon les règles d'organisation et de prise en charge de droit commun, définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.

Ainsi, en cas de transfert définitif ou provisoire (hors transfert pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation ou d'une séance de chimiothérapie, de radiothérapie ou de dialyse en centre¹⁹), le transport est à la charge de l'établissement dans lequel l'UHSA est implantée.

Au cours du transport aller comme retour, la personne détenue est accompagnée par le personnel hospitalier et escortée par le personnel pénitentiaire.

La garde statique en cas d'hospitalisation est assurée par les forces de sécurité intérieure.

14. Article R.3214-23 du Code de la Santé Publique

15. Article D.398 du Code de procédure pénale et 2^e alinéa de l'article R.3214-21 du Code de la Santé Publique

16. 3^e alinéa de l'article R.3214-21 du Code de la Santé Publique

17. Article R.3214-23 du Code de la Santé Publique

18. Article R.3214-22 du Code de la Santé Publique

19. Dans ces cas particuliers, le transport est à la charge de l'établissement vers lequel la personne détenue est transférée.

DPS et risque très grave d'atteinte à l'ordre public²⁰

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée (DPS), il est fait appel aux forces de sécurité intérieure pour assurer un renfort de l'escorte pénitentiaire.

2-C. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DÉSIGNÉS PAR LE DG ARS POUR ASSURER LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT (HORS UHSA)²¹

Transport aller vers l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

Le transport de la personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement incombe à l'établissement de santé. L'escorte²² est éventuellement assurée par les forces de sécurité intérieure.

Transport retour depuis l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

Le transport retour de l'établissement de santé vers l'établissement pénitentiaire incombe à ce dernier, sauf si l'état du patient nécessite une prescription médicale de transport sanitaire (auquel cas le transport est facturable à l'assurance maladie). L'escorte est assurée par le personnel pénitentiaire.

Extraction médicale hors de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

Si l'état de santé de la personne détenue hospitalisée nécessite une consultation ou une hospitalisation hors de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie, le transport aller et retour est organisé et pris en charge, selon les règles de droit commun définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017. L'escorte et la garde sont éventuellement assurées par les forces de sécurité intérieure.

DPS et risque très grave d'atteinte à l'ordre public²³

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée (DPS), il est fait appel aux forces de sécurité intérieure pour assurer un renfort de l'escorte pénitentiaire.

20. Article R. 3214-21 du Code de la Santé Publique

21. Article L.3222-1 du Code de la Santé Publique

22. L'organisation de cette escorte répond aux modalités prévues par l'article D. 394 du code de procédure pénale et précisées par la note DH/E04 n° 990273 du 26 juillet 1999 relative aux modalités de transfert des personnes détenues hospitalisées d'office.

23. Article R. 3214-21 du Code de la Santé Publique



TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MODALITÉS D'ORGANISATION DES ESCORTES

	Situation	Organisation du transport	Garde et escorte
Etablissement de soins (hors UHSI, UHSA, CHAP)	Transport aller-retour	AP	AP*
	Surveillance pendant la consultation		Dans les maisons d'arrêt à petit effectif : possibilité de faire appel aux FSI pour réaliser l'escorte principale (circulaire de 1963)
	Garde statique pendant l'hospitalisation		FSI
	Transfert entre deux hôpitaux en cas d'hospitalisation	Centre hospitalier de rattachement	FSI
UHSI	Transport aller - retour	AP	AP*
	Surveillance pendant l'hospitalisation		AP
	Extraction plateau technique	Médecin et responsable pénitentiaire de l'UHSI	Personnels hospitaliers avec l'AP*
UHSA	Transport aller en soins sans consentement (SSC)	Etablissement de santé siège de l'UHSA)	Personnels hospitaliers avec l'AP*
	Transport aller en soins psychiatriques libres	AP	AP*
	Transport retour (ssc et soins psychiatriques libres)	AP	AP*
	Extraction plateau technique	établissement de santé	Personnels hospitaliers avec l'AP*
Centre Hospitalier autorisé en psychiatrie	Transport aller	établissement de santé	Personnels hospitaliers*
	Transport retour	AP	AP*
	Extraction plateau technique pour prise en charge somatique	établissement de santé	Personnels hospitaliers*

* avec renfort des forces de sécurité intérieure si DPS ou personne présentant un risque très grave d'atteinte à l'ordre public

3 - MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DU TRANSPORT

3-A. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DU TRANSPORT SANITAIRE

L'assurance maladie prend en charge le transport sanitaire si la prescription médicale précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit a été établie²⁴ et s'il correspond à l'un des cas suivants²⁵ :

- Transport lié à une hospitalisation²⁶ (complète, partielle, ambulatoire). Sont exclus les transports inter établissements de patients hospitalisés, pris en charge par les établissements de santé dans les conditions définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.
- Transport lié à des traitements ou examens en rapport avec une ALD si la personne présente l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription.
- Transport en ambulance médicalement justifié (hors transports inter établissements de patients hospitalisés, pris en charge par les établissements de santé dans les conditions définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017).
- Transport nécessitant une demande d'accord préalable.
- Transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage ou à la consultation d'un expert, ou pour répondre à une convocation du contrôle médical ou d'un médecin expert.

3-B. NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DU TRANSPORT SANITAIRE

Les frais de transport en taxi conventionné, en VSL ou en ambulance sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs conventionnels, à hauteur de 100 %.

En effet, à compter du 1^{er} janvier 2018, le régime général d'assurance maladie prend en charge l'ensemble des frais de santé des personnes écrouées, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

3-C. RÈGLEMENT DU TRANSPORTEUR SANITAIRE

Lorsque le transport sanitaire répond aux conditions de prise en charge de l'assurance maladie, les caisses d'assurance maladie règlent 100 % des frais, sur présentation de la facture par le transporteur.

Lorsque le transport sanitaire incombe à l'établissement de santé, ce dernier règle 100 % des frais sur présentation de la facture par le transporteur.

24. Articles L.162-4-1 et R.322-10-2 du Code de la Sécurité Sociale

25. Article R.322-10 du Code de la Sécurité Sociale

26. Les séances de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation

3-D. RÉCAPITULATIF DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DU TRANSPORT

Transport pris en charge par :	Définition du transport	Mode de transport	Prise en charge financière
Administration pénitentiaire	Transport aller/retour de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé ou UHSI ou UHSA (hors cas d'hospitalisation sans consentement), hors prescription de transport sanitaire	Véhicule de l'administration pénitentiaire	Intégralement pris en charge par l'administration pénitentiaire
Assurance maladie	Transport <u>sanitaire</u> aller/retour de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé ou UHSI ou UHSA (hors cas d'hospitalisation sans consentement), sur prescription médicale	Transporteur sanitaire / taxi conventionné	Intégralement pris en charge par l'assurance maladie
	Transport sanitaire entre deux établissements de santé pour les cas suivants : - patients non hospitalisés - régulation du transport par le SAMU - Centre 15 - transport en bateau / avion - transport provisoire pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral	Transporteur sanitaire / taxi conventionné	Intégralement pris en charge par l'assurance maladie
MIG SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation)	Transport médicalisé d'urgence vers un établissement de santé	SMUR	Pris en charge dans le cadre de la MIG
Établissement de santé	Transport définitif entre deux établissements de santé (relevant ou non de la même entité juridique) OU transport provisoire (moins de 48h) entre deux établissements de santé relevant du <u>même champ d'activité</u> (MCO vers MCO par exemple), hormis les transports de patients non hospitalisés, les transports régulés ou réalisés par le SMUR et les transports en bateau / avion	Transporteur sanitaire / taxi conventionné / flotte interne de l'établissement	Intégralement pris en charge par l'établissement prescripteur (<u>celui depuis lequel</u> le patient est transféré)
	Transport provisoire de patients hospitalisés (moins de 48h) entre deux établissements de santé relevant de <u>champs d'activité distincts</u> (SSR vers MCO par exemple) <u>pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation ou de dialyse en centre, radiothérapie, ou chimiothérapie</u>	Transporteur sanitaire / taxi conventionné / flotte interne de l'établissement	Intégralement pris en charge par l'établissement prescripteur (<u>celui vers lequel</u> le patient est transféré)
UHSA / Établissement de santé autorisé en psychiatrie	Transport de l'établissement pénitentiaire vers l'UHSA / un établissement de santé mentale désigné par le DG ARS, dans le cas d'une hospitalisation sans consentement	Transporteur sanitaire / taxi conventionné / flotte interne de l'établissement	Intégralement pris en charge par l'établissement de santé siège de l'UHSA / l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

CAHIER 4

ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

P. 197 > 201

L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (n° 2009-1436) indique notamment : « *La prise en charge de la santé des personnes détenues est assurée par le service public hospitalier dans les conditions prévues par le Code de la santé publique.*

La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population [...]. »

Au titre de la permanence des soins, l'unité sanitaire doit organiser la réponse médicale devant être apportée hors de ses heures d'ouverture.

Selon ce même article 46 de la loi pénitentiaire et l'article R. 6112-16 du Code de la santé publique (CSP), un protocole est signé par le directeur général (DG) de l'agence régionale de santé (ARS), le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné, après avis du conseil de surveillance. Ce protocole définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en dehors des horaires de l'unité sanitaire. Les personnels pénitentiaires appliquent les directives prévues par ce même protocole¹ (cf. annexe – « Modèle de protocole et annexes au protocole »).

Deux cas de figure sont à envisager :

- la prise en charge des personnes détenues au sein de l'établissement pénitentiaire, en dehors des horaires d'ouverture de l'unité de soins ;
- la permanence des soins au titre de l'hospitalisation de jour, réalisée en psychiatrie.

Il convient de préciser que pendant leurs horaires d'ouverture, les unités sanitaires gèrent toutes les demandes de soins qu'elles soient somatiques ou psychiatriques. Les soignants de l'unité font appel au Centre 15 si nécessaire.

Les soins aux personnels intervenant en milieu pénitentiaire ne relèvent pas des missions de l'établissement de santé décrites dans le présent guide et sont assurés dans le cadre du dispositif prévu par l'article D. 227 du Code procédure pénale (CPP).

1. Art. D. 374 du CPP.

FICHE 1

PRISE EN CHARGE EN DEHORS DES HORAIRES D'OUVERTURE DE L'UNITÉ SANITAIRE

1 - APPEL AU CENTRE DE RÉCEPTION ET DE RÉGULATION DES APPELS (CRRA) DU SAMU (15)

Il s'agit de répondre :

- aux situations où le pronostic vital est engagé ;
- aux cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques immédiats, tant pour soins somatiques que psychiatriques.

Dans cette situation, les personnels pénitentiaires interviennent, soit à la demande de la personne détenue, soit de leur propre initiative, soit suite à une alerte donnée par toute autre personne (codétenu, enseignant...) si son état leur paraît préoccupant.

Le personnel pénitentiaire doit systématiquement appeler le CRRA du SAMU (15) – service d'aide médicale urgente.

Le SAMU-Centre 15 est chargé d'opérer une régulation médicale des appels qui lui parviennent, dans les conditions prévues à l'article R. 6311-2 du CSP :

- assurer une écoute médicale permanente ;
- déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide la réponse médicale la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurer, le cas échéant, de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés à l'état du patient.

La mise en relation téléphonique directe entre la personne détenue et le médecin régulateur est de nature à permettre à ce dernier d'évaluer la situation sanitaire de l'intéressé. Il convient de favoriser la communication directe par téléphone de la personne détenue avec le médecin régulateur du Centre 15, en veillant à respecter la confidentialité de l'entretien médical, tout en assurant la sécurité de la personne et de l'établissement.

2 - RÉPONSE MÉDICALE DU MÉDECIN RÉGULATEUR

Le médecin régulateur du SAMU-Centre 15 décide de la réponse médicale devant être apportée à la situation.

Les modalités pratiques de recours aux soins peuvent se traduire de différentes façons :

- le médecin régulateur estime que le patient doit être hospitalisé. Il décide du moyen de transport le plus approprié (transport sanitaire privé, service mobile d'urgence et de réanimation [SMUR] ou sapeurs-pompiers). L'extraction du patient est alors effectuée sous escorte dans les conditions explicitées au Livre 3, Cahier 3, Fiche 7 – « Transports » ;
- l'organisation de ces modalités d'extraction n'est pas du ressort du SAMU-Centre 15 ;
- le médecin régulateur estime que l'intervention d'un médecin sur place est nécessaire. Il fait alors appel au dispositif retenu localement :
 - recours aux médecins de ville ou associations de type « SOS médecins », dans le cadre d'une convention avec l'établissement de santé de référence et l'établissement pénitentiaire,
 - astreinte de l'établissement de santé.

Dans les cas où cette organisation serait retenue, il doit être rappelé que l'instauration d'une astreinte médicale spécifique ne se justifie pas. À ce titre, il importe de retenir des solutions pratiques utilisant au mieux le potentiel local et répondant à un double principe de sécurité et d'efficacité.

Concernant les mineurs, les titulaires de l'autorité parentale seront informés de toute décision prise par le médecin.

3 - MODALITÉS DE TRANSFERT À L'HÔPITAL

L'orientation du patient et la recherche de moyens d'hospitalisation disponibles reviennent au médecin régulateur du SAMU-Centre 15. Selon sa décision, le patient peut être accueilli :

- dans une structure des urgences : la décision d'admission d'un patient adressé aux urgences est du ressort du médecin de ce service, si possible après concertation avec le médecin de l'unité sanitaire. Si le plateau technique de l'hôpital de proximité est insuffisant pour faire face à l'état de santé de la personne, il appartient au personnel de ce service ou de cette unité de l'orienter vers l'établissement de santé en mesure de la prendre en charge le plus proche. Il en est de même en l'absence de lit disponible dans l'établissement de santé ;
- dans tout autre service, si un besoin urgent de soins ou de plateau technique spécialisé est identifié.

4 - PERMANENCE DES SOINS AU TITRE DE L'HOSPITALISATION DE JOUR RÉALISÉE EN PSYCHIATRIE

Conformément aux dispositions de l'article D. 6124-304 du CSP, les structures d'hospitalisation de jour sont tenues d'organiser la permanence des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés.

Il convient, au niveau local, de mettre en place des procédures précisant les modalités de cette organisation, si besoin en lien avec le SAMU-Centre 15 ou un autre établissement de santé assurant les urgences en psychiatrie. Celles-ci sont communiquées au chef de l'établissement pénitentiaire.

CAHIER 5

PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

P. 203 > 213

Conformément à l'article R. 5126-8 du Code de la santé publique (CSP), la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'établissement de santé dispose de locaux, de moyens en personnel, de moyens en équipement et d'un système d'information lui permettant d'assurer l'ensemble des missions qui lui sont confiées : missions de gestion, d'approvisionnement, de contrôle, de détention et de dispensation des médicaments, dispositifs médicaux stériles, etc.

Hormis ces règles, il convient de rappeler :

- la nécessité de mettre en place un environnement de dialogue et de concertation entre les professionnels concernés des unités de soins et de la PUI. Une attention particulière doit être portée sur le fonctionnement de la PUI et les spécificités rencontrées en milieu pénitentiaire (par exemple en termes d'approvisionnement, de préparation des doses à administrer et de médicaments exclusivement destinés à l'établissement pénitentiaire qui doivent être mentionnés dans le livret thérapeutique) ;
- la nécessité de mettre en place ce même environnement de dialogue et de concertation avec l'administration pénitentiaire sur les questions relatives à la transmission des traitements, en dehors des horaires d'ouverture de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), voire à la sortie. Compte tenu du fait que les médicaments ne doivent jamais transiter par le personnel pénitentiaire, un dispositif de casier réservé à l'USMP peut être étudié localement.

FICHE 1

LA PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

1 - CONTEXTE

Les soins en milieu pénitentiaire sont organisés par des unités de soins de l'établissement de santé de rattachement (USMP).

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les PUI assurent également leurs missions, telles que prévues dans le CSP auprès de ces unités de soins.

Ainsi, l'article L. 5126-9 du CSP précise que les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires bénéficient des services des PUI des établissements de santé, qui assurent **les soins aux détenus en application de l'article 6111-1-2 du CSP**.

En application des textes du CSP qui régissent les PUI, l'établissement pénitentiaire constitue un site géographique de l'établissement de santé, qui y assure les missions du service public hospitalier. La PUI de l'établissement de santé peut disposer de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire, pour assurer les missions définies au L. 5126-1 1^o à 3^o du CSP¹.

L'ensemble des dispositions relatives aux autorisations, aux missions, au fonctionnement et à la gérance des PUI, définies dans le CSP, sont applicables aux établissements pénitentiaires². Certaines de ces dispositions sont rappelées ci-après.

2 - OBLIGATIONS GÉNÉRALES DE LA PUI D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La PUI de l'établissement de santé dispose de locaux, de moyens en personnel, de moyens en équipement et d'un système d'information lui permettant d'assurer l'ensemble des missions qui lui sont confiées, notamment

1. Art. R. 5126-6 du CSP.

2. Art. R. 5126-1 à R. 5126-47 et R. 6111-10 du CSP, arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

les missions de gestion, d'approvisionnement, de contrôle, de détention et de dispensation des médicaments ainsi que des dispositifs médicaux stériles³.

La gérance d'une PUI est assurée par un pharmacien, qui est responsable des activités prévues et autorisées pour cette pharmacie⁴.

Surveillance dans le cadre de la prise en charge thérapeutique : conformément au droit commun dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique, les dispositions relatives aux déclarations incluent : la pharmacovigilance, la pharmacodépendance, la matériovigilance, le signalement des infections associées aux soins ainsi que des événements indésirables graves associés aux soins⁵.

3 - SPÉCIFICITÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Les pharmaciens qui exercent la gérance d'une PUI implantée dans un établissement pénitentiaire doivent avoir fait l'objet d'une habilitation personnelle, dans les conditions prévues par le Code de procédure pénale (CPP)⁶. L'établissement pénitentiaire doit faire en sorte de permettre une identification claire des locaux qui relèvent de la PUI et ceux qui relèvent de l'USMP ou du service médico-psychologique régional (SMPR).

La PUI de l'établissement de santé peut organiser de deux façons l'approvisionnement de l'établissement pénitentiaire en médicaments et en autres produits de santé, notamment la dispensation nominative individuelle des médicaments :

1° - La PUI de l'établissement de santé ne dispose pas de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire

- Le personnel habilité au sens du CSP procède, dans les locaux de la PUI de l'établissement de santé, à la préparation des médicaments et des autres produits de santé destinés à être soit dispensés de manière individuelle et nominative aux détenus, soit délivrés globalement, en vue du renouvellement de la dotation de l'unité de soins de l'établissement pénitentiaire. L'acheminement vers l'établissement pénitentiaire se fait dans des conditions d'hygiène et de sécurité. Il permet notamment de respecter le maintien d'une température adaptée pour les produits thermosensibles.
- La dispensation dans l'établissement pénitentiaire doit pouvoir être assurée au minimum une fois par jour et dans des délais permettant de répondre aux demandes urgentes, dans les conditions fixées par les arrêtés du ministre chargé de la Santé prévus aux articles R. 5126-14 et R. 5132-42⁷.

2° - La PUI de l'établissement de santé dispose de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire

La pharmacie à usage intérieur ne peut fonctionner sur chacun de leurs sites d'implantation – y compris pour le site géographique constitué par l'établissement pénitentiaire – qu'en présence du pharmacien chargé de la

3. Art. R. 5126-8 du CSP.

4. Art. L. 5126-5 du CSP.

5. Art. L. 1413-14 du CSP.

6. Art. R. 5126-30 CSP.

7. Art. R. 5126-3 du CSP.

gérance, ou de son remplaçant, ou d'un pharmacien adjoint mentionné à l'article R. 5125-34 exerçant dans cette pharmacie.

- Les locaux de la pharmacie sont situés en dehors des locaux de détention. Le site d'implantation de la PUI sera de préférence unique au sein de l'établissement pénitentiaire.
- Son accès est réservé au personnel de la PUI.
- La conception, la superficie, l'aménagement et l'agencement des locaux de la PUI sont adaptés au milieu pénitentiaire et doivent être individualisés et identifiés. Ainsi, les locaux ont un accès facile et sécurisé, permettant la livraison et la réception des produits dans le respect des conditions de conservation.
- Le personnel habilité au sens du CSP procède, dans les locaux de la PUI situés dans l'établissement pénitentiaire, à la préparation des médicaments et des autres produits de santé destinés à être soit dispensés de manière individuelle et nominative aux détenus, soit délivrés globalement en vue du renouvellement de la dotation de l'unité de soins de l'établissement pénitentiaire. L'acheminement des médicaments se fait dans des conditions d'hygiène et de sécurité adaptées et permet le maintien de la température adéquate pour les produits thermosensibles.

Dans tous les cas, l'unité de soins (US) dispose d'une dotation adaptée aux besoins urgents, dont la composition est définie par le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins. La dotation doit être révisée périodiquement, en tenant compte des besoins, et portée à la connaissance du personnel concerné. L'accès à la dotation est réservé exclusivement au personnel soignant. Une procédure définissant les règles communes de fonctionnement est établie entre l'US et la PUI.

FICHE 2

LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Le circuit du médicament est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents : la prescription est un acte médical, la dispensation un acte pharmaceutique et l'administration un acte infirmier ou médical.

L'article R. 6111-10 du CSP précise que la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé – ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés – élabore un programme d'actions en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

Les établissements de santé disposent d'un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient tel que prévu par l'arrêté du 6 avril 2011. Ce système de management de la qualité s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement, il prendra en compte les spécificités liées de la prise en charge médicamenteuse en établissement pénitentiaire. L'informatisation du circuit du médicament est un levier essentiel de sécurisation⁸.

1 - LA PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS

1-A. OBLIGATIONS GÉNÉRALES

Les prescriptions faites aux patients détenus obéissent aux règles de droit commun de la prescription.

La prescription de médicaments est rédigée, après examen du patient détenu, sur une ordonnance. Elle indique lisiblement⁹ :

- le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91 du CSP, son identifiant lorsqu'il existe, le nom, l'adresse de l'établissement et les coordonnées téléphoniques et électroniques auxquelles il peut être contacté. Enfin sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;

8. Art. 3 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

9. Art. R. 5132-3 du CSP.

- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'administration. Enfin, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- la durée de traitement ;
- les nom et prénom, le sexe, la date de naissance du patient et, si nécessaire, sa taille et son poids.

La prescription peut être rédigée, conservée et transmise de manière informatisée, sous réserve qu'elle soit identifiée et authentifiée par une signature électronique et que son édition sur papier soit possible.

La prescription est assurée par un professionnel habilité, c'est-à-dire tous les intervenants médicaux pratiquant au sein des structures sanitaires : médecins (généralistes, spécialistes, psychiatres), chirurgiens-dentistes ou sages-femmes.

En règle générale, les prescriptions sont établies conformément à la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement (livret thérapeutique). Cette liste est établie en concertation avec les professionnels concernés et, de préférence, après consultation du médecin responsable de l'unité sanitaire. Elle doit tenir compte des besoins spécifiques de prise en charge médicamenteuse des patients détenus, qui relèvent majoritairement de soins ambulatoires non hospitaliers (médicaments habituellement délivrés en officine). Les prescriptions effectuées pendant la détention sont des éléments du dossier médical du patient, donc soumises aux règles de confidentialité. Les ordonnances font l'objet d'un archivage.

1-B. SPÉCIFICITÉS

À leur arrivée en détention, les médicaments personnels des détenus leur sont retirés pour être conservés à la fouille jusqu'à leur sortie. Cependant, pour que la continuité des soins soit assurée, l'USMP peut être amenée à récupérer et à conserver tout ou partie du traitement personnel du patient, avec son accord, pour les lui délivrer jusqu'à ce que la PUI soit en mesure de le fournir. La gestion du traitement personnel des détenus doit faire l'objet d'une procédure, visant notamment à informer la PUI des médicaments utilisés, dans l'attente d'une délivrance par cette dernière.

La prescription médicale réalisée par le médecin de l'USMP doit être adaptée au livret du médicament de l'hôpital de rattachement, dans la mesure du possible. Dans ces conditions, le médecin peut être amené à arrêter définitivement un ou plusieurs médicaments prescrits précédemment à la détention. Lorsque les médicaments ont été confiés à l'USMP à l'arrivée de la personne, le médecin peut proposer au patient que la PUI les détruise. Si le patient est favorable à cette destruction, le médecin tracera alors cet accord dans le dossier médical du patient.

L'entourage de la personne détenue ne peut être sollicité pour obtenir et fournir un traitement médicamenteux.

Le médecin tient compte du contexte carcéral et des risques encourus par le patient en cas de mauvaise utilisation, ou d'utilisation détournée, des médicaments.

S'il apparaît que des précautions particulières doivent être prises, le médecin le notifie sur l'ordonnance.

Par ailleurs, le médecin remet à la personne détenue un double de sa prescription. Une attention particulière est portée sur les modalités permettant le respect de sa confidentialité.

2 - DISPENSATION ET ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

2-A. GÉNÉRALITÉS

La dispensation est réalisée conformément à l'article R. 4235-48 du CSP selon les principes suivants :

« *Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

1° l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale ;

2° la préparation éventuelle des doses à administrer ;

3° la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »

L'administration des médicaments est effectuée par du personnel appartenant aux catégories définies réglementairement comme autorisées à administrer des médicaments.

Ainsi, elle est réalisée par le personnel infirmier, conformément à l'article R. 4311-7 du CSP, ou par certains prescripteurs¹⁰. L'administration des médicaments comprend la vérification :

- de l'identité du patient et des médicaments à administrer, de leurs doses et des modes d'administration au regard de la prescription médicale ;
- de la date de péremption des médicaments et de leur aspect ;
- la distribution des piluliers ;
- la traçabilité de la délivrance des médicaments.

Les médicaments doivent rester identifiables jusqu'au moment de leur administration.

2-B. SPÉCIFICITÉS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Il est rappelé qu'en détention, le respect de la confidentialité des prises en charge est essentiel.

L'établissement public de santé dispense en milieu pénitentiaire des soins aux personnes détenues dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation. Il assure la fourniture et le transport des produits et des petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant de la PUI de l'établissement de santé¹¹.

Une PUI peut avoir en charge la dispensation des médicaments pour une ou plusieurs USMP.

La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée, avec une périodicité définie par les médecins prescripteurs, en fonction de la nature du produit, du profil du patient (vulnérabilité, addiction, etc.), mais aussi de son environnement (codétenu, activités, etc.).

10. Art. L. 4161-1 du CSP.

11. Art. R. 6112-19 du CSP.

Chaque prise médicamenteuse est réalisée, dans la mesure du possible, devant l'infirmier. Une attention particulière est portée à l'administration des médicaments psychotropes et de substitution aux opiacés.

La continuité des traitements est assurée y compris les week-ends et jours fériés. En particulier, la remise aux patients de leurs traitements en dehors des plages horaires de l'ouverture de l'USMP (retours d'extraction, retour d'hospitalisation ou de consultations extérieures, retour de permission) doit être organisée. Cela peut être par exemple, sous pli confidentiel remis par l'USMP dans un casier spécifique, afin que le patient le récupère au moment de son retour.

Pour les mineurs, il sera préconisé la remise directe des médicaments et un accompagnement dans la prise de ceux-ci afin d'éviter une gestion individuelle par le mineur lui-même de son traitement.

Avant sa libération, une ordonnance et, éventuellement, des médicaments sont délivrés au patient, afin d'assurer la continuité des soins et des traitements. Les modalités de remise de ces éléments sont à définir entre l'USMP et l'administration pénitentiaire, dans le respect des missions de chacun.

Selon l'organisation de l'établissement et en fonction du traitement à administrer, le patient détenu pourra prendre son traitement soit au sein des unités de soins de rattachement, soit en détention et ce y compris dans les quartiers disciplinaires et d'isolement.

Lorsque la distribution des médicaments s'effectue en détention, le personnel infirmier, qui peut se faire aider d'un préparateur, est accompagné d'un surveillant. Les horaires de ces distributions doivent être réfléchis avec les directions des établissements pénitentiaires, le but étant d'assurer le maximum de sécurité pour les personnels soignants et de permettre une administration répondant aux bonnes pratiques – notamment une remise en main propre du pilulier. Afin d'éviter tout rassemblement autour du chariot, la distribution doit être effectuée lorsque les portes des cellules sont fermées. En outre, autant que possible, aucun traitement ne doit être laissé dans une cellule en l'absence du patient destinataire.

Pour mener à bien cette étape de distribution, l'administration pénitentiaire met à disposition de l'unité sanitaire, *via* l'application Genesis, une fonction permettant de disposer, en temps réel, du positionnement de la personne détenue (identification de la cellule).

L'identité-vigilance doit être organisée par l'USMP, en lien avec la PUI, d'une part, et l'administration pénitentiaire, d'autre part.

La surveillance thérapeutique de la personne détenue (bénéfice rendu et effets indésirables) doit être établie par le prescripteur. Le dossier médical du patient doit être mis à jour en conséquence.

L'administration des médicaments doit être enregistrée au moment de leur prise ou, lorsque le patient prend ses médicaments en l'absence de l'infirmier, au moment de la remise du traitement¹².

Une information sur le traitement est délivrée à la personne détenue sous forme adaptée et, le cas échéant, une éducation thérapeutique peut être mise en œuvre par l'équipe de soins, notamment dans les cas de pathologies chroniques.

12. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, HAS, mai 2013.

Compte tenu de l'état de santé des personnes détenues, de nombreux traitements psychotropes et de substitutions aux opiacés sont délivrés en milieu carcéral. Une attention particulière doit être portée à l'observance de ces traitements par les patients. La distribution des traitements doit être adaptée en conséquence, afin de limiter les risques en rapport avec un mauvais usage médicamenteux. En particulier, la méthadone doit faire l'objet d'une délivrance quotidienne supervisée, y compris les week-ends et jours fériés. Les modalités de délivrance de la buprénorphine sont plus nuancées : pour la majorité des patients, passée une période initiale d'observation comprenant une administration supervisée par un soignant, la délivrance peut être effectuée en cellule avec les autres thérapeutiques éventuelles et fractionnée (pour 2 ou 3 jours, voire 7 jours pour les plus stabilisés ou autonomes). Ce principe suppose cependant une capacité d'adaptation et de réactivité importante de l'équipe, en cas de difficulté de certains patients (trafic, pressions, racket, mésusage, troubles psychiques émergents ou, bien sûr, à la demande de celui-ci), avec un retour rapide à une délivrance quotidienne supervisée. Les pratiques de pilage ou de dilution des comprimés de buprénorphine afin de mieux contrôler leur prise sont proscrites, car non conformes à l'AMM du médicament¹³.

3 - DÉTENTION DES MÉDICAMENTS EN CELLULE

Dans un souci de responsabilisation des personnes détenues au regard des soins et des traitements qui leur sont dispensés, une personne détenue peut garder à sa disposition en cellule des médicaments, des matériels et des appareillages médicaux, selon les modalités prescrites par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire¹⁴.

Si, pour des raisons d'ordre et de sécurité, le chef d'établissement pénitentiaire s'oppose à ce qu'une personne détenue détienne des médicaments en cellule, il doit prendre une décision **individuelle et motivée** et en informer immédiatement le médecin responsable de l'unité de soins de rattachement¹⁵.

Concernant les personnes mineures, la possibilité de détenir des médicaments en cellule devra être évaluée par le médecin (maladie chronique autogérée). En revanche, cela restera exceptionnel pour les traitements temporaires ou présentant un risque important de mésusage. Le personnel de santé délivrera les médicaments en fonction de la prescription. Dans ce cadre, il convient d'informer le personnel de surveillance et, dans la mesure du possible, celui de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), de la vigilance à apporter aux médicaments et de l'importance d'organiser une distribution qui évite le mésusage.

Tout stock de médicaments trouvé par l'administration pénitentiaire durant les fouilles doit être transmis aux services médicaux, qui reçoivent si nécessaire la personne détenue pour la sensibiliser au risque encouru.

13. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral (DGS, MILDT : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf).

14. L'art. 5 du règlement intérieur type des établissements pénitentiaires fixé par l'annexe de l'art. 57-6-18 du CPP.

15. Art. D. 273 du CPP.

4 - STOCKAGE ET TRANSPORT DES MÉDICAMENTS

Conformément au droit commun, les médicaments sont détenus dans des locaux, des armoires ou d'autres dispositifs de rangement, fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité et des conditions de conservation garantissant l'intégrité du médicament¹⁶. En milieu pénitentiaire, ces locaux correspondent aux USMP.

Les locaux de stockage, de distribution et de dispensation doivent être conformes aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière conformément à l'arrêté du 22 juin 2001.

Les dispositions concernant les médicaments classés comme stupéfiants sont définies à l'article 14 de l'arrêté du 6 avril 2011. Cet article précise notamment que les médicaments classés comme stupéfiants sont détenus séparément, dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé, réservé à cet usage et lui-même fermé à clef, ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Des mesures particulières de sécurité contre toute effraction sont prévues.

Le cadre de santé de l'USMP fixe, en accord avec le pharmacien, les dispositions propres à garantir la sécurité de l'accès aux clefs des dispositifs de rangement lorsqu'ils existent.

Tout transport de médicaments entre la PUI et les unités de soins de rattachement doit se faire dans des conditions d'hygiène et de sécurité. Il permet notamment de respecter le maintien d'une température adaptée pour les produits thermosensibles, de garantir la sécurité par tout système de fermeture approprié. L'organisation mise en place pour le transport des produits de santé doit permettre de répondre aux besoins urgents. Les conditions de livraison permettent de garantir la remise des médicaments et des autres produits de santé au personnel soignant désigné dans l'enceinte de l'unité de soins.

Le responsable du transport des médicaments entre la PUI et ces unités est identifié.

16. Art. 13 de l'arrêté du 6 avril 2011.

CAHIER 6

ORGANISATION DU PARTAGE DE L'INFORMATION

P. 215 > 223

Une circulaire a été publiée sur cette thématique le 21 juin 2012 (http://www.justice.gouv.fr/art_pix/circulaire_DGS_DGOS_DAP_DPJJ_du_21_juin_2012_CPU.pdf), précisant le cadre et les limites du partage d'informations opérationnelles entre les professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Le contenu s'appuie sur les recommandations issues d'un groupe de travail interministériel, associant des représentants des professionnels de la santé et de la justice, mis en place à l'initiative du ministre chargé de la Santé et piloté par ses services. Le partage d'informations dans ce cadre peut paraître complexe, mais il est nécessaire, dans l'intérêt de la personne détenue.

Ce texte précise également les modalités de participation des professionnels de santé à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) et aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire, dans les établissements accueillant des personnes mineures. Le but étant de les harmoniser, dans le respect des domaines de compétence et des cadres professionnels de chacun.

FICHE 1

CPU ET CPU MINEURS

1 - LA CPU

Il est institué auprès du chef de chaque établissement pénitentiaire une CPU¹, qui se réunit au moins une fois par mois pour examiner les parcours d'exécution de la peine².

La commission est présidée par le chef d'établissement ou son représentant et comprend, en outre, le directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation, un responsable du secteur de détention de la personne détenue dont la situation est examinée, un représentant du service du travail, un représentant du service de la formation professionnelle, un représentant du service d'enseignement.

Peuvent également y assister, avec voix consultative, sur convocation du chef d'établissement établie en fonction de l'ordre du jour : le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, un membre du service de protection judiciaire de la jeunesse, un représentant des équipes soignantes de l'unité sanitaire ou du service médico-psychologique régional (SMPR) désigné par l'établissement de santé de rattachement.

La liste des membres de la CPU et des personnes susceptibles d'y assister est arrêtée par le chef d'établissement. Toutes sont tenues à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont connaissance dans le cadre de l'exercice de leurs missions³.

2 - LA RÉUNION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS

L'article D. 514 du Code de procédure pénale (CPP) prévoit qu'« *au sein de chaque établissement pénitentiaire recevant des mineurs, une équipe pluridisciplinaire réunit des représentants des différents services intervenant auprès des mineurs incarcérés afin d'assurer leur collaboration ainsi que le suivi individuel de chaque mineur détenu. L'équipe pluridisciplinaire est présidée par le chef d'établissement ou son représentant. Elle comprend au moins, outre son président, un représentant du personnel de surveillance, un représentant du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse et un représentant de l'Éducation nationale. Elle peut associer, en tant que de besoin, un représentant des services de santé, un représentant du service pénitentiaire d'insertion et*

1. Art. D. 90 du CPP et décret n° 2015-1762 du 24 décembre 2015 procédant au renouvellement de la CPU prévue par les dispositions de l'art. D. 90 du CPP.

2. Art. D. 91 du CPP.

3. Circulaire interministérielle n° DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la CPU prévue par l'art. D. 90 du CPP, ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'art. D. 514 du même Code, et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la PJJ (http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf).

de probation ou tout autre intervenant dans la prise en charge des mineurs détenus. L'équipe pluridisciplinaire se réunit au moins une fois par semaine ».

La réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire au sein des quartiers pour mineurs (QM) ou des établissements pour mineurs (EPM) est l'instance de coordination en matière de prise en charge des mineurs. À ce titre, cette réunion pluridisciplinaire constitue un temps privilégié de réflexion, de proposition concernant la prise en charge différenciée et d'élaboration du projet de sortie.

3 - MODALITÉS DE PARTICIPATION DES ÉQUIPES SOIGNANTES

Les professionnels de santé – représentants des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) désignés par l'établissement de santé de rattachement – sont invités à y participer en fonction de l'ordre du jour. Ils apportent des éléments permettant une prise en charge plus adaptée des patients détenus, grâce à une meilleure articulation entre les professionnels et dans le respect du secret médical. Suivant le principe du partage d'informations au sein de ces instances, ils peuvent également être destinataires d'informations de la part des autres professionnels présents. Celles-ci seront utiles à la prise en charge thérapeutique de leurs patients, dans les conditions prévues par le tableau joint à la présente.

La participation des professionnels de santé à ces instances est organisée selon les principes ci-dessous.

3-A. MODALITÉS DE DÉSIGNATION DES PERSONNELS SOIGNANTS

Le représentant du personnel soignant est désigné par l'établissement de santé de rattachement. Il est souhaitable, dans un souci de continuité, que cette représentation soit assurée par un même personnel.

Si un médecin a été désigné, il peut déléguer cette fonction de représentant à un personnel d'encadrement ou infirmier, tenu au secret professionnel conformément à l'article R. 4312-4 du Code de la santé publique (CSP).

À l'occasion de cette délégation, le médecin rappelle à l'infirmier ses conditions d'intervention au sein de la CPU, au regard du droit au secret médical reconnu aux personnes détenues.

La participation effective des professionnels de santé aux réunions de la CPU, ou de l'équipe pluridisciplinaire mineurs qui traitent de la prévention du suicide, est fortement recommandée.

3-B. COMMUNICATION DE L'ORDRE DU JOUR

Il revient au chef de l'établissement pénitentiaire de veiller à ce que l'ordre du jour des réunions soit communiqué, au moins cinq jours avant leur tenue, au représentant désigné par l'établissement de santé de rattachement, lorsque la CPU ou la réunion de l'équipe pluridisciplinaire pour les mineurs examine le parcours d'exécution de

la peine. Dans les autres cas, aucun délai n'est prescrit. Il convient toutefois de respecter un délai minimum de prévenance de trois jours pour permettre de préparer la réunion dans de bonnes conditions.

L'ordre du jour comporte la liste exhaustive des personnes détenues dont la situation sera évoquée. Ce afin de permettre à l'équipe soignante de préparer la réunion et d'informer les patients concernés de l'échange d'informations envisagé. Dans le cas de patients mineurs, les titulaires de l'autorité parentale sont également informés. Cette information préalable de la personne détenue et l'échange prévu à son sujet doivent s'exercer dans le strict respect des dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

3-C. MODALITÉS D'ORGANISATION

Les modalités de participation du personnel soignant peuvent être précisées dans le protocole cadre (art. 15).

Chaque réunion fait l'objet d'un relevé des avis, communiqué aux professionnels de santé, qui peuvent formuler, par écrit, leurs remarques éventuelles. Celles-ci sont alors intégrées au dossier de la personne détenue.

Le projet d'établissement (QM/EPM) pour les mineurs peut prévoir les modalités d'organisation et de suivi des réunions⁴.

4. Note DAP/DPJJ du 4 juillet 2014 relative au projet des établissements pénitentiaires habilités à l'accueil des mineurs.

FICHE 2

L'APPLICATION GENESIS

L'application de gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi individualisé et la sécurité (Genesis) est l'outil informatique de l'administration pénitentiaire qui gère, en application d'une décision de justice, les conditions de détention et l'ensemble des étapes de la vie de la personne détenue en établissement pénitentiaire, de son écrou initial jusqu'à sa levée d'écrou (ou libération).

Elle remplace les anciennes applications GIDE (gestion informatisée des détenus en établissement) et le CEL (cahier électronique de liaison).

Elle est accessible à partir d'un portail web et d'un navigateur, depuis le réseau privé virtuel « Justice », par tous les acteurs de l'administration pénitentiaire et par les partenaires institutionnels et privés.

Genesis permet une protection des données dans une architecture centralisée répondant aux exigences d'intégrité, de confidentialité et de traçabilité.

À cette fin, Genesis fonctionne avec un système d'authentification forte : l'accès est conditionné à l'utilisation d'une « carte agent justice » individuelle, permettant la connexion aux applications justice et la signature électronique par les agents et partenaires utilisateurs. Chacune des opérations réalisées sur le système (accès, recherche, renseignement d'un formulaire, etc.) fait l'objet d'une trace permettant d'identifier l'auteur de l'action, ainsi que le contexte (date, heure, etc.)

Un système d'habilitation permet la gestion de profils d'utilisateurs qui accèdent à des fonctionnalités spécifiques de l'appli propre à leurs missions.

L'administration pénitentiaire propose aux professionnels exerçant à l'USMP d'accéder à l'application.

À ce titre, un profil dit « médical » permet aux professionnels de santé de l'USMP d'accéder à certaines fonctions de l'application :

- consultation de l'effectif ;
- avis de la CPU ou de l'équipe pluridisciplinaire concernant les mineurs ;
- gestion des rendez-vous. Seul le lieu du rendez-vous apparaît. Ni le motif du rendez-vous, ni le personnel consulté ne sont mentionnés ;
- consultation des activités. Aide les professionnels de santé à la programmation des rendez-vous, en concordance avec l'agenda de la personne détenue, afin de s'assurer que le rendez-vous puisse être honoré ;

- gestion des observations : les observations mentionnées respectent la réglementation relative au secret médical ;
- génération de listes et accès au positionnement de la personne en détention.

Le personnel sanitaire peut se connecter à Genesis sur le poste informatique de l'établissement pénitentiaire situé dans l'unité sanitaire, *via* son profil habilité⁵.

Une fonctionnalité est spécialement mise à disposition par l'administration pénitentiaire pour extraire, en format XML, la liste des positionnements des personnes détenues. Ce fichier extrait est copié sur le poste informatique de l'établissement pénitentiaire. Il est ensuite transmis à partir de l'adresse @justice.fr du personnel sanitaire, vers l'adresse souhaitée, en utilisant l'application Crypt&share fournie par l'administration pénitentiaire, qui sera prochainement remplacée par l'application Plineplex.

5. Avenant n° 1 à la convention relative à l'authentification pour l'accès de professionnels de santé et de personnels administratifs au système d'information du ministère de la Justice.

FICHE 3

TRANSFERTS

Lorsqu'un transfert pénitentiaire d'une personne détenue est envisagé, un dossier d'orientation est renseigné par le chef d'établissement pénitentiaire. Celui-ci comprend, entre autres, les éléments afférents aux conditions de prise en charge sanitaire de la personne détenue fournis par l'unité sanitaire de l'établissement⁶.

L'unité sanitaire signale toute contre-indication d'ordre médical au transfert de la personne détenue, ainsi que les éventuelles conditions de transport justifiées par l'état de santé de la personne détenue (nécessité d'un transport en véhicule sanitaire, d'appareils médicaux, d'une cellule pour personne à mobilité réduite, etc.)⁷.

6. Art. D. 76 du CPP.

7. Circulaire DAP relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues du 21 février 2012 (NOR JUSK1240006C).

Fiche procédure d'orientation

L'intéressé(e) présente-t-il un handicap nécessitant un aménagement en détention ?

OUI NON

Si oui, lequel :

- Nécessite une cellule handicapée adaptée pour fauteuil roulant
- Nécessite de l'aide pour les actes de la vie quotidienne : ménage, habillage, repas
- Ne peut pas monter des escaliers
- Autre (préciser) :
-
-

L'intéressé(e) nécessite-t-il (elle) un transport en véhicule sanitaire pour le transfert ?

OUI NON

Si oui, lequel :

- VSL
- Ambulance

L'intéressé(e) nécessite-t-il (elle) un appareillage médical en cellule ?

OUI NON

Si oui, lequel ?

- Oxygène
- Appareil à pression positive nocturne
- Autre (préciser) :

Le transfert de l'intéressé(e) peut-il retarder une prise en charge sanitaire programmée sur l'établissement actuel ?

OUI NON

Si oui, préciser :

.....

.....

L'intéressé(e) nécessite-t-il (elle) une prise en charge spécifique, notamment psychiatrique ?

OUI NON

L'orientation de l'intéressé(e) nécessite-t-elle la proximité d'un plateau technique adapté à son état ?

OUI NON

CAHIER 7

LES EXPERTISES MÉDICALES

P. 225 > 229

L'expertise judiciaire est une mesure d'instruction dont dispose le juge afin d'être éclairé sur un point de technique qui lui est étranger. Toute juridiction de jugement peut y avoir recours, qu'elle appartienne à l'ordre judiciaire ou à l'ordre administratif. Le technicien (médecin) est saisi par la mission qui lui est adressée et doit répondre aux questions qui lui sont adressées. L'expert dit le fait ; le juge dit le droit.

EXPERTISES MÉDICALES

Le médecin expert judiciaire est désigné par le juge, tant dans le cadre d'une instance civile¹ ou administrative, que pénale². Il a pour mission de résoudre une question d'ordre technique (ici, médicale), qui peut concerner toutes les spécialités, comme l'évaluation d'un état de santé ou l'imputabilité d'un dommage corporel. Il ne s'agit pas d'un acte médical à visée thérapeutique pour le patient. Le premier devoir de l'expert est d'en informer la personne qu'il doit examiner.

Le médecin expert judiciaire doit être un praticien reconnu, compétent, expérimenté dans son domaine, impartial et, surtout, indépendant des parties au procès. Son rôle est d'exprimer clairement un avis technique, motivé sur les faits avec conscience, objectivité et impartialité. Il est soumis aux mêmes obligations que le juge : impartialité et indépendance à l'égard des parties. Il peut ainsi être récusé pour les mêmes causes que les juges³.

L'expert accomplit sa mission sous le contrôle du juge, dans des délais impartis selon les moyens qui lui apparaissent les plus appropriés pour établir ses conclusions.

Le médecin expert judiciaire doit respecter les règles de procédure, répondre aux questions de la mission, dans un langage intelligible pour le profane non-médecin.

Au-delà des règles déontologiques et des sanctions disciplinaires communes à l'ensemble des experts judiciaires, le médecin expert est tenu au respect des règles de sa propre déontologie :

Article R. 4127-105 du CSP :

« Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade [...] »

Article R. 4127-106 du CSP :

« Lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent Code de déontologie. »

Article R. 4127-107 du CSP :

« Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé. »

Article R. 4127-108 du CSP :

« Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise [...] »

1. Art. 11 du CPC.
2. Art. 156 du CPP.
3. Art. 234 du CPC.

1 - EN MATIÈRE CIVILE OU ADMINISTRATIVE

La mission de l'expert concerne le plus souvent l'évaluation de dommages corporels ou la recherche de la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé. L'expert doit alors disposer de documents médicaux, dont certains peuvent se trouver dans un dossier médical constitué par un médecin libéral ou un établissement de santé public ou privé.

L'expert judiciaire peut être « désigné » par l'intéressé ou ses ayants droit (en cas de décès et s'il ne s'y est pas opposé de son vivant) pour accéder à son dossier médical, mais cela doit rester l'exception. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002, l'intéressé a un accès direct à son dossier. Il lui suffit d'en faire la demande et de donner à l'expert les documents qui lui sont nécessaires pour mener à bien sa mission. S'il s'agit d'un mineur, la demande sera celle des détenteurs de l'autorité parentale, sauf si le mineur refuse. Auquel cas, un médecin sera désigné pour y accéder.

Un médecin traitant peut toujours refuser de répondre à un médecin expert, fût-il « expert judiciaire ». En effet, il n'y a aucun partage entre le médecin traitant et le médecin expert au sujet de la prise en charge thérapeutique. Le secret professionnel médical doit être « général et absolu » ; seule la loi peut permettre, ou obliger, à la levée du secret. La seule personne à laquelle le secret n'est pas opposable est le patient.

En termes de secret médical, il n'y a aucune différence entre le médecin expert judiciaire et le médecin-conseil privé. Le médecin traitant n'est tenu à aucune obligation à leur égard. Il doit répondre aux questions de son patient, charge à ce dernier de faire de ces réponses l'usage qu'il souhaite.

En matière civile, le procès « appartient aux parties » et le juge ne dispose que d'un pouvoir d'injonction. Le juge peut ordonner à un tiers de communiquer à l'expert les documents nécessaires à l'exécution de sa mission, mais il ne peut contraindre un médecin à lui transmettre des informations couvertes par le secret lorsque la personne ou ses ayants droit s'y sont opposés⁴. Si la partie s'oppose à éclairer l'expert, le juge en tire ses conclusions.

L'exception concerne, depuis le 4 mars 2002, l'expert désigné par une commission de conciliation et d'indemnisation des dommages médicaux. La loi dispose que le secret ne lui est pas opposable.

2 - EN MATIÈRE PÉNALE

L'expert peut être désigné aux fins d'examiner une victime, un auteur ou un prévenu. Ses opérations se déroulent sous le contrôle du juge et sa liberté d'action est plus restreinte qu'en matière civile. L'intérêt supérieur est la recherche de la vérité. Le juge doit donc connaître tout ce que connaît l'expert au sein de sa mission. Bien sûr, ce qui est étranger à la mission reste couvert par le secret professionnel.

4. Cass. civ. 1^{re} n° 01-02.338, 15 juin 2004.

S'agissant des documents médicaux contenus dans un dossier, l'expert ne peut y avoir un accès direct. Il doit s'en ouvrir au juge, lequel fait saisir le dossier qui est alors placé sous scellé et confié à l'expert. Parfois, des juges donnent mission à l'expert de se faire remettre un dossier. Il s'agit d'une pratique dont on mesure l'utilité : faire accélérer les opérations d'expertise. Pour autant, le détenteur du dossier (libéral ou établissement de santé) peut refuser au motif du respect du secret auquel il est tenu, et le juge ne peut l'y contraindre.

3 - ORGANISATION DANS LE CONTEXTE PÉNITENTIAIRE

L'expertise judiciaire d'une personne détenue ne se distingue ni en ce qui concerne les missions confiées par les juges, ni en ce qui concerne les prérogatives et devoirs des experts. L'expert agit dans le cadre procédural qui le désigne et dont il respecte les règles.

Le médecin traitant, somaticien ou psychiatre, est tenu aux mêmes règles professionnelles et déontologiques que son confrère de l'extérieur, et dispose des mêmes libertés de décision à l'égard de l'expert. Le médecin de l'unité sanitaire, étant médecin traitant, ne peut pas être désigné comme expert⁵.

Les missions confiées à l'expert ont des objets divers. Il peut s'agir d'une expertise psychiatrique ou médico-psychologique. Mais l'expert peut également être interrogé sur la compatibilité d'un état de santé avec le maintien en détention, sur la réalité d'un dommage corporel allégué ou sur toute autre question concernant le corps ou le psychisme d'une personne détenue.

5. Art. R. 4127-105 du CSP : « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade.* »

