



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La place du surveillant pénitentiaire dans les soins dispensés aux
personnes détenues en France**

Présentée et soutenue publiquement le 16 Octobre 2014 à 18h00
au Pôle Formation

Par Perrine HEROGUEL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Anne BECART

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Simon LIZAK

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

| | |
|-------|--|
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CEL | Cahier Électronique de Liaison |
| CLAT | Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse |
| CPU | Commission Pluridisciplinaire Unique |
| CSL | Centre de Semi-Liberté |
| DAP | Direction de l'Administration Pénitentiaire |
| DISP | Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires |
| DREES | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques |
| DSP | Dispositif de Soins Psychiatriques |
| DSS | Dispositif de Soins Somatiques |
| ENAP | École Nationale d'Administration Pénitentiaire |
| EPSM | Établissement Public de Santé Mentale |
| ERIS | Équipe Régionale d'Intervention et de Sécurité |
| QD | Quartier Disciplinaire |
| QI | Quartier d'Isolement |
| RPE | Règles Pénitentiaires Européennes |
| SAMU | Service d'Aide Médicale Urgente |
| SDRE | Soins sur Décision du Représentant de l'État |
| SMPR | Service Médico-Psychologique Régional |
| SMUR | Service Mobile d'Urgence et de Réanimation |

| | |
|------|---|
| SPIP | Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation |
| UC | Unité de Compétence |
| UCSA | Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires |
| UHSA | Unité Hospitalière Spécialement Aménagée |
| UHSI | Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale |
| UMD | Unité pour Malades Difficiles |
| US | Unité Sanitaire |
| VHC | Virus de l'Hépatite C |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

Table des matières

| | |
|---|----------|
| RÉSUMÉ..... | 1 |
| INTRODUCTION..... | 2 |
| SANTÉ EN PRISON..... | 4 |
| I. Organisation des établissements pénitentiaires..... | 4 |
| A. Directions interrégionales des services pénitentiaires..... | 4 |
| B. Les établissements pénitentiaires..... | 4 |
| 1. Les maisons d'arrêt..... | 4 |
| 2. Les établissements pour peine..... | 5 |
| 3. Les établissements spécialisés pour mineurs..... | 6 |
| II. La population carcérale..... | 6 |
| A. Définitions..... | 6 |
| B. Chiffres..... | 7 |
| C. État de santé..... | 7 |
| 1. Accès aux soins..... | 8 |
| 2. Pathologies chroniques somatiques..... | 8 |
| 3. Maladies transmissibles..... | 8 |
| 4. Addictions..... | 9 |
| 5. Pathologies psychiatriques..... | 9 |
| III. Organisation du système de soins en milieu pénitentiaire..... | 10 |
| A. Aspect législatif et réglementaire..... | 10 |
| B. Aspect organisationnel et pratique..... | 11 |
| 1. Niveau 1 – Consultations et actes externes somatiques et psychiatriques | 12 |
| a) Missions des dispositifs de soins..... | 12 |
| b) Organisation des dispositifs de soins..... | 13 |
| 2. Niveau 2 – Prise en charge à temps partiel..... | 13 |

| | |
|---|-----------|
| a) Soins somatiques : hospitalisation à temps partiel..... | 13 |
| b) Soins psychiatriques : hospitalisation de jour..... | 13 |
| 3. Niveau 3 – Hospitalisation à temps complet..... | 14 |
| a) Hospitalisation pour soins somatiques..... | 14 |
| <i>i. Hospitalisation en chambre sécurisée.....</i> | <i>14</i> |
| <i>ii. Hospitalisation en unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)</i> | <i>15</i> |
| b) Hospitalisation pour soins psychiatriques..... | 16 |
| <i>i. Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).....</i> | <i>16</i> |
| <i>ii. Établissements publics de santé mentale (EPSM).....</i> | <i>17</i> |
| <i>iii. Unités pour malades difficiles (UMD).....</i> | <i>18</i> |
| LE SECRET MÉDICAL..... | 19 |
| I. Définition..... | 19 |
| A. Aspect historique..... | 19 |
| B. Définition légale et déontologique..... | 20 |
| C. Le secret médical partagé..... | 21 |
| II. Violation du secret médical..... | 22 |
| A. Conséquences pénales..... | 22 |
| B. Conséquences disciplinaires..... | 22 |
| C. Dérogations au secret médical..... | 23 |
| 1. Dérogations obligatoires..... | 23 |
| 2. Dérogations permises par la loi..... | 26 |
| III. Secret médical et établissements pénitentiaires..... | 28 |
| A. Législation générale..... | 28 |
| B. Partage d'information..... | 29 |
| C. La Commission Pluridisciplinaire Unique..... | 30 |
| D. Certificats médicaux..... | 30 |
| E. Mesures de prophylaxie..... | 31 |
| LE SURVEILLANT PÉNITENTIAIRE..... | 33 |
| I. Le métier de surveillant pénitentiaire..... | 33 |
| II. Formation..... | 34 |
| A. Généralités..... | 34 |

| | |
|--|-----------|
| B. Formation en rapport avec la santé..... | 35 |
| III. Le surveillant pénitentiaire et le secret professionnel..... | 36 |
| A. Secret professionnel..... | 36 |
| B. Secret des informations médicales..... | 37 |
| IV. Relations avec les services de soins..... | 37 |
| A. Le surveillant affecté aux services de soins ambulatoires..... | 37 |
| B. Le surveillant affecté aux cellules d'hébergement en SMPR..... | 37 |
| C. Le surveillant d'étage..... | 38 |
| D. Le surveillant des quartiers d'isolement et disciplinaire..... | 38 |
| E. Le surveillant affecté aux mouvements..... | 39 |
| F. Le surveillant d'escorte..... | 39 |
| G. Le surveillant affecté à l'UHSI..... | 40 |
| H. Le surveillant affecté à l'UHSA..... | 40 |
| V. Le personnel pénitentiaire et les soins..... | 41 |
| A. Les consultations programmées..... | 41 |
| B. Les consultations en urgence..... | 42 |
| C. Les signalements..... | 42 |
| D. Les grèves de la faim et/ou de la soif..... | 43 |
| E. Les extractions médicales programmées..... | 43 |
| F. Les extractions médicales en urgence..... | 45 |
| 1. Pendant les heures d'ouverture de l'unité sanitaire..... | 45 |
| 2. En dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire..... | 45 |
| G. La distribution des médicaments..... | 46 |
| DISCUSSION..... | 47 |
| I. Pourquoi aurait-on besoin du surveillant pénitentiaire dans les soins ?..... | 47 |
| A. Définition de l'accès aux soins..... | 47 |
| B. L'accès aux soins en prison..... | 47 |
| 1. Généralités..... | 47 |
| 2. Les barrières à l'accès aux soins | 48 |
| II. Le surveillant pénitentiaire et la santé du détenu..... | 50 |
| III. La réalité du secret médical en prison..... | 54 |
| IV. Le surveillant pénitentiaire peut-il donc être considéré comme soignant ?..... | 57 |

| | |
|---|-----------|
| CONCLUSION..... | 59 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 62 |
| ANNEXES..... | 66 |
| Annexe 1 : Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues..... | 66 |
| Annexe 2 : Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire..... | 67 |
| Annexe 3 : Documents médicaux pouvant être délivrés par les médecins exerçant en milieu pénitentiaire | 69 |
| Annexe 4 : Grades et insignes des personnels de l'administration pénitentiaire... | 70 |
| Annexe 5 : Imprimé grève de la faim..... | 71 |
| Annexe 6 : Escorte et garde de personnes détenues lors des extractions médicales ou d'hospitalisations..... | 72 |
| Annexe 7 : Grille d'évaluation du potentiel suicidaire..... | 73 |

RÉSUMÉ

L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire est une pratique singulière qui se fait en présence quasi-constante du surveillant pénitentiaire. Ce dernier a une implication non négligeable dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues, et nous tentons dans ce travail de définir sa place dans les soins.

L'organisation du système de soins en prison a bénéficié de la loi du 18 janvier 1994 qui a confié la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées à l'hôpital public, donnant les moyens nécessaires à une qualité des soins optimale, et qui a permis de garantir le droit au secret médical à l'intérieur des établissements pénitentiaires français.

Le surveillant pénitentiaire, omniprésent dans le quotidien de la personne détenue et aux côtés du personnel soignant, est un tiers nécessaire entre les deux. Si le surveillant n'est pas présent pendant les soins, préservant le principe du colloque singulier, l'organisation des établissements pénitentiaires et la sécurité en leur sein font qu'il est l'élément indispensable de l'accès aux soins.

Mais, par leur mission de réinsertion et par bienveillance, ils tiennent une place plus particulière dans les soins dispensés aux personnes détenues.

Cette place justifie une communication constante entre l'administration pénitentiaire et les services de santé, sous forme d'un échange d'informations indispensable dans l'intérêt du patient, échange qui doit cependant respecter les valeurs éthiques médicales, les limites du secret médical, les missions de chacun et garantir l'indépendance des services de soins.

INTRODUCTION

La loi du 18 janvier 1994 a confié à l'hôpital public la prise en charge sanitaire des personnes détenues en France, déliant alors la santé de l'administration pénitentiaire. Les médecins y exercent en indépendance du ministère de la justice, protégeant ainsi les personnes incarcérées des dérives que la médecine pénitentiaire pouvait instaurer. Autrefois structure de soins interne au système carcéral, elle est devenue la médecine en milieu pénitentiaire, qui inclut désormais les personnes détenues dans le système de santé de l'ensemble de la population (1).

La médecine, et les soins de manière générale, doivent donc pouvoir s'exercer de façon identique à ce qui existe en milieu extérieur : un colloque singulier entre le soignant et le patient¹. Chaque soignant exerçant en prison s'efforce de garantir la confidentialité des informations concernant la santé du patient, comme le lui impose la loi et lui recommande l'éthique.

Mais cet exercice de la médecine a de particulier qu'il se pratique inévitablement avec un tiers, l'administration pénitentiaire, représentée par un surveillant omniprésent.

Cette présence en toute circonstance du surveillant pénitentiaire peut nous amener à considérer que son rôle ne se limite pas à assurer la sécurité des lieux et des personnes, mais qu'il a également une implication non négligeable dans la prise en charge de la santé des personnes dont la garde lui est confiée.

1 « *Le colloque du médecin et du malade est essentiellement un colloque singulier, un duo entre l'être souffrant et celui dont il attend la délivrance. Entre ces deux personnages existe toujours un secret.* » G. Duhamel, *Paroles de médecin*, 1946

Avant toute chose, il nous faut rappeler les principes de la prise en charge sanitaire des personnes détenues en France.

La confidentialité des informations médicales en milieu pénitentiaire étant primordiale, une partie de ce travail s'attache à traiter du secret médical, qu'il a fallu considérer de manière exhaustive afin d'en saisir toutes ses particularités dans le milieu carcéral.

Pour appréhender la place du surveillant pénitentiaire dans les soins, il faut s'intéresser à son métier, sa formation, et au rôle qu'il tient auprès des services de santé.

A partir de ces constatations, la discussion s'efforce de situer la place du surveillant pénitentiaire dans les soins, en tentant de définir les liens entre la personne détenue, les services sanitaires et l'administration pénitentiaire, tout en posant les limites nécessaires au respect du secret médical et des missions de chacun.

SANTÉ EN PRISON

I. Organisation des établissements pénitentiaires

A. Directions interrégionales des services pénitentiaires

Au nombre de neuf en France, elles ont une mission d'administration, de gestion et de contrôle des services pénitentiaires de leur région. Le siège des DISP est situé à Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Strasbourg et Toulouse. Il existe également une mission d'outre-mer ayant en charge les départements et territoires d'outre-mer.

Le directeur interrégional a pour rôle de mettre en application la politique nationale de la direction de l'administration pénitentiaire en l'adaptant aux spécificités de la région.

Les chefs d'établissement et les directeurs des services d'insertion et de probation lui sont hiérarchiquement rattachés.

B. Les établissements pénitentiaires

1. Les maisons d'arrêt

Il en existe 98 en France, et 41 « quartiers maison d'arrêt » au sein des centres pénitentiaires (2). Elles reçoivent les personnes prévenues placées sous mandat de dépôt, et les personnes dont le reliquat de peine n'excède pas en principe un an lors de leur condamnation définitive. Elles doivent être un lieu de détention provisoire.

Théoriquement, il existe une maison d'arrêt auprès de chaque tribunal de grande instance, de chaque cour d'appel et de chaque cour d'assises.

2. Les établissements pour peine

Il en existe 85 en France, dont 43 centres pénitentiaires, établissements regroupant plusieurs types de régimes de détention sous la forme de « quartiers » :

- Les centres de détention (62, dont 37 « quartiers centre de détention ») accueillent les personnes condamnées considérées comme présentant les meilleures perspectives de réinsertion ;
- Les centres de semi-liberté (21, dont 10 « quartiers de semi-liberté ») accueillent des personnes condamnées à qui il est permis d'exercer une activité professionnelle ou de recevoir une formation professionnelle, et qui sont astreintes à rejoindre l'établissement dès leur activité terminée.
- Les centres pour peine aménagée, au nombre de 7, reçoivent des détenus volontaires faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur, ainsi que ceux dont le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.
- Les maisons centrales, à vocation sécuritaire, accueillent les personnes condamnées à de longues peines ou les détenus jugés les plus sensibles. Il en existe 6 en France, et 5 « quartiers maison centrale ».

Il n'existe en France qu'un seul établissement pénitentiaire exclusivement réservé aux femmes, situé à Rennes. Ailleurs, elles sont détenues dans des « quartiers femmes ».

3. Les établissements spécialisés pour mineurs

Selon l'article 20-2 de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, les mineurs sont écroués soit dans un quartier spécial d'un établissement pénitentiaire, soit dans un établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs (3). Il en existe 6 en France.

L'affectation se fait en fonction des éléments transmis par l'équipe pluridisciplinaire relatifs à la personnalité, le sexe, les antécédents, l'état de santé physique et mentale du mineur, l'accès aux activités d'enseignement ou de formation, le maintien des liens familiaux et l'existence d'un projet éducatif.

II. La population carcérale

A. Définitions

Une personne écrouée est une personne inscrite au registre de l'écrou d'un établissement pénitentiaire. L'écrou concerne les personnes détenues, mais également les personnes placées sous surveillance électronique.

Une personne prévenue est une personne faisant l'objet de poursuites judiciaires pour une contravention ou un délit et se trouvant en attente de jugement. Une personne poursuivie pour des faits criminels est dite « mise en examen » pendant la durée de l'instruction, et « accusée » en attendant le procès. Les personnes prévenues et mises en examen peuvent être placées en détention provisoire.

Une personne condamnée est une personne déclarée coupable d'avoir commis une infraction pour laquelle elle est sanctionnée.

B. Chiffres

Au 1^{er} janvier 2013, il y avait en France 76 798 personnes écrouées, dont 66 752 détenues (2). Cela représente un taux de détention de 101,2 pour 100 000 habitants.

24,7 % des personnes détenues étaient prévenues.

0,9 % des personnes écrouées étaient mineures, 72,5 % avaient moins de 40 ans et 3,5 % avaient 60 ans et plus.

3,3 % des personnes détenues étaient des femmes.

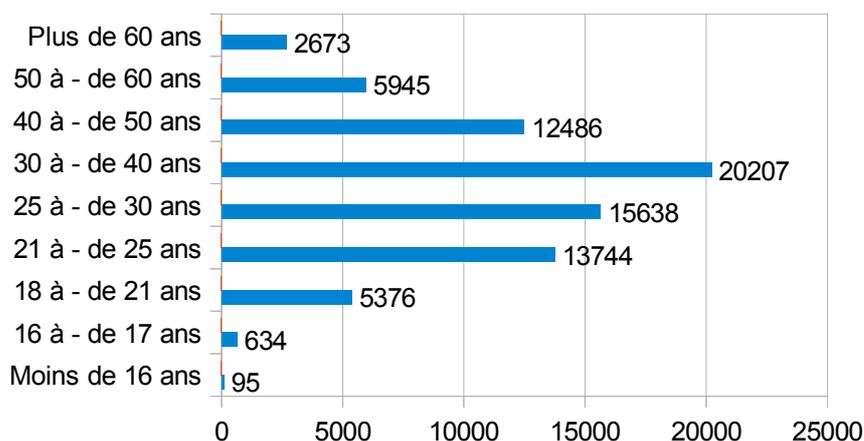


Figure 1 : Répartition par âge des personnes écrouées au 1^{er} janvier 2013

C. État de santé

La dernière étude portant sur l'état de santé des personnes détenues en France est celle réalisée par la DREES en 2003, et concerne les entrants en prison au cours de cette même année (4).

A l'arrivée en prison, 80 % des personnes étaient en bon état de santé général, un peu moins de 2 % étaient considérées comme étant en mauvais état général.

La moitié des arrivants nécessitait des soins bucco-dentaires, dont 2,7 % de manière urgente.

1. Accès aux soins

Un peu plus de la moitié déclarait avoir eu recours au système de soins dans l'année précédant son incarcération. Pour la moitié de ceux-là, il s'agissait d'une consultation ou d'une visite médicale. 9 % avaient eu recours aux services de psychiatrie.

Il était démontré que la population carcérale avait eu, avant son incarcération, moins recours au système de santé que l'ensemble de la population (4).

2. Pathologies chroniques somatiques

6 % de la population étudiée déclaraient être porteurs d'une maladie chronique nécessitant des soins ou un traitement à poursuivre en prison. Il s'agissait essentiellement d'asthme, de maladies cardiovasculaires et d'épilepsie.

3. Maladies transmissibles

1,1 % se déclaraient être séropositifs pour le VIH, 0,8 % pour l'hépatite B et 3,1 % pour l'hépatite C (4).

En réalité, comme le montre l'étude *PREVACAR*, la prévalence du VHC au sein de la population carcérale est de 4,8 % et celle du VIH de 2 % (5). Cette prévalence est 6 fois plus élevée que dans la population générale.

4. Addictions

On dénombrait 80% de fumeurs dans la population entrante, prévalence plus élevée que celle de la population générale (6).

31 % déclaraient avoir une consommation excessive d'alcool, définie comme supérieure à 5 verres (40 à 60 grammes d'alcool) par jour pour un homme, et 3 verres (20 à 40 grammes d'alcool) pour une femme (7).

Près de 30 % se disaient consommateurs de cannabis.

Concernant les drogues « dures », on dénombrait 7,7 % de consommateurs de cocaïne, et 6,5 % pour ce qui est de l'héroïne.

Un peu plus de 5 % utilisaient des médicaments à visée toxicomaniaque.

5. Pathologies psychiatriques

Un nouveau détenu sur dix-sept déclarait avoir fait une tentative de suicide dans l'année précédant son incarcération.

Un consultant sur dix bénéficiait d'une consultation spécialisée en psychiatrie à son arrivée en prison.

Un arrivant sur sept disait avoir un traitement psychotrope en cours, majoritairement des benzodiazépines et des hypnotiques, ce qui est supérieur à ce qui est observé dans la population générale. 5 % étaient sous anti-dépresseurs, et 4,5 % sous neuroleptiques.

6 % déclaraient être traités par Buprénorphine HD et 1,5 % par Méthadone®.

III. Organisation du système de soins en milieu pénitentiaire

A. Aspect législatif et réglementaire

Depuis la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été transférée au Ministère de la Santé, et n'incombe plus à l'administration pénitentiaire.

Trois principes fondamentaux en découlent :

- Les personnes détenues sont, dès leur incarcération, obligatoirement affiliées au régime général de l'assurance maladie ;
- Une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé, est créée au sein de chaque établissement pénitentiaire ;
- Les cotisations sociales des personnes détenues sont prises en charge par le Ministère de la Justice.

La santé des personnes détenues est confiée à l'hôpital et n'est plus à la charge de l'administration pénitentiaire. Cette loi marque donc un grand tournant, notamment en donnant les moyens pour améliorer la qualité et l'offre de soins, et garantir le respect du secret médical à l'intérieur des prisons françaises.

La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la Justice prévoit l'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues souffrant de troubles mentaux. Les hospitalisations à temps complet pour soins psychiatriques doivent désormais se dérouler au sein d'unités spécialement aménagées pour l'accueil de la population carcérale.

La loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 garantit aux personnes détenues un accès à la prévention et à l'éducation sanitaire, ainsi qu'une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie la population non privée de liberté.

Elle renforce notamment le droit des personnes privées de liberté au secret médical et au secret de la consultation, ainsi que le droit à un bilan médical concernant les produits stupéfiants, l'alcool et le tabac, et le droit à une visite médicale précédant la libération.

B. Aspect organisationnel et pratique

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 services médico-psychologiques régionaux (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 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ;
- Par la circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, mettant à jour la version datant de 2005.

Il existe deux dispositifs régissant le système de soins en milieu pénitentiaire : l'un pour les soins somatiques, l'autre pour les soins psychiatriques (8). Chacun d'entre eux est structuré en trois niveaux (*Annexe1*) :

- Niveau 1 : consultations, prestations et activités ambulatoires ;
- Niveau 2 : soins requérant une prise en charge à temps partiel ;
- Niveau 3 : soins requérant une hospitalisation à temps complet.

1. Niveau 1 – Consultations et actes externes somatiques et psychiatriques

Les unités sanitaires (US) de niveau 1 assurent les soins relevant de consultations et d'actes externes.

Elles sont constituées d'un dispositif de soins somatiques (DSS), auparavant appelé unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), et/ou d'un dispositif de soins psychiatriques (DSP).

a) Missions des dispositifs de soins

Le DSS a pour mission d'assurer l'ensemble des consultations de médecine générale et d'autres spécialités, incluant les soins dentaires.

Le DSP assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, de prises en charge en groupe et d'activités thérapeutiques. Cette prise en charge doit être accessible à toute personne incarcérée.

Les actions d'éducation à la santé et de prévention, ainsi que la mise en place de la continuité des soins à la sortie, sont des missions communes aux deux dispositifs.

Les unités sanitaires sont rattachées à un établissement hospitalier de proximité, et doivent organiser l'accès des personnes détenues aux consultations ou aux examens spécialisés qui ne peuvent être organisés au sein de l'unité. L'établissement pénitentiaire assure dans ce cas l'extraction du patient.

b) Organisation des dispositifs de soins

Ils disposent des mêmes moyens humains, matériels, logistiques et administratifs que les services hospitaliers.

L'administration pénitentiaire propose aux dispositifs de soins des locaux adaptés destinés aux consultations et aux examens, dont l'entretien doit être assuré par les établissements de santé, moyennant remboursement.

Les modalités de fonctionnement sont définies par accord entre les deux administrations, sous la forme d'un protocole.

2. Niveau 2 – Prise en charge à temps partiel

a) Soins somatiques : hospitalisation à temps partiel

Les soins somatiques de niveau 2 se déroulent en milieu hospitalier, et concernent des activités de chirurgie ambulatoire, des « séances » de traitement de chimiothérapie ou de dialyse, voire des examens complémentaires.

L'hospitalisation se déroule dans les services spécialisés avec garde statique des forces de l'ordre.

b) Soins psychiatriques : hospitalisation de jour

Chaque région dispose d'au moins une unité sanitaire de niveau 2, appelée service médico-psychologique régional (SMPR).

L'hospitalisation de jour se déroule en milieu pénitentiaire, avec un accès facilité du patient détenu aux activités dont il a besoin. Le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention.

Les cellules d'hébergement, dont l'entretien et l'équipement incombent à l'administration pénitentiaire, sont à proximité immédiate de l'unité de soins, pour permettre une prise en charge optimale du patient en évitant la complexité des mouvements induits par l'organisation pénitentiaire.

L'admission en hôpital de jour est uniquement décidée par le médecin, elle est prononcée par le directeur de l'établissement pénitentiaire sur proposition médicale.

Le personnel de surveillance pénitentiaire affecté aux cellules d'hébergement doit tenir compte de la spécificité du profil des détenus, en respectant le caractère médical de ce type de lieu.

3. Niveau 3 – Hospitalisation à temps complet

a) Hospitalisation pour soins somatiques

i. Hospitalisation en chambre sécurisée

Ces hospitalisations se déroulent au sein de services hospitaliers, dans l'établissement de santé de rattachement.

Il s'agit d'hospitalisations courtes, d'une durée n'excédant pas 48 heures. Un cahier des charges pour l'aménagement de ces chambres doit être respecté.

Pour les accouchements, l'hospitalisation doit avoir lieu dans un service adapté.

Lorsqu'une hospitalisation en urgence est amenée à se prolonger, le patient détenu est transféré vers une UHSI, si son état et la prise en charge nécessaire le permettent.

ii. Hospitalisation en unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)

Il existe huit UHSI réparties sur le territoire français, accueillant des détenus majeurs ou mineurs. L'administration pénitentiaire a en charge la sécurité des lieux.

Les UHSI prennent en charge l'ensemble des hospitalisations, sauf hospitalisations d'urgence et de courte durée. Le patient peut y être adressé directement, sans passer par un service spécialisé au préalable.

Les UHSI bénéficient des plateaux techniques des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires dans lesquels ils sont implantés.

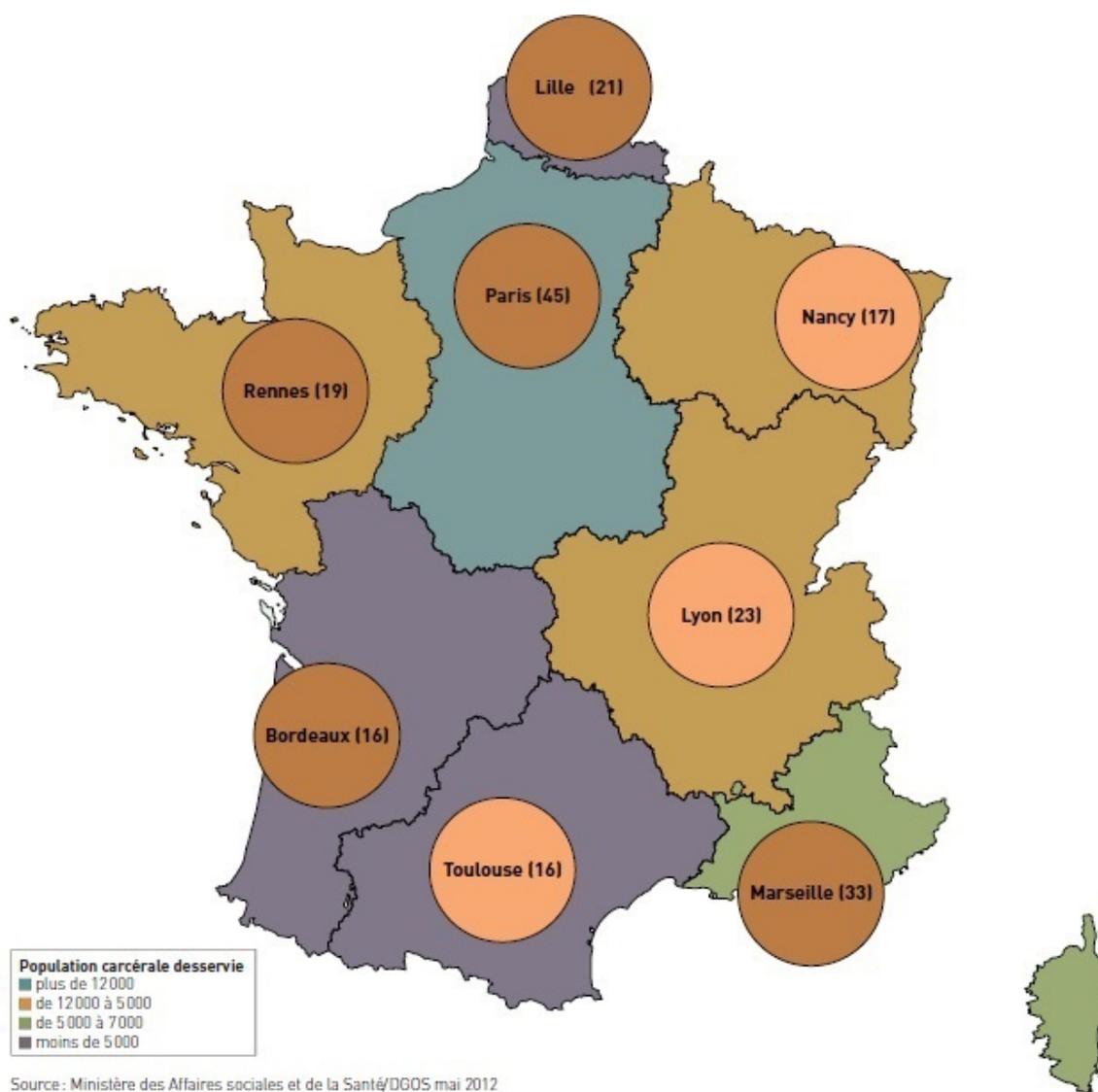


Figure 2 : Localisation et ressort territorial des 8 Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) (8) ²

² Désormais, la compétence de l'UHSI de Lille est étendue au Nord-Pas-de-Calais, à la Picardie et à la Haute-Normandie.

b) Hospitalisation pour soins psychiatriques*i. Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)*

Il s'agit d'unités de soins psychiatriques au sein d'établissements de santé, dont la sécurité est confiée à l'administration pénitentiaire, et qui permettent l'accueil de personnes détenues nécessitant une hospitalisation. Le programme de construction des UHSA en prévoit 17, réparties sur le territoire.

Les UHSA ont la charge des hospitalisations des personnes détenues avec ou sans leur consentement.

En ce qui concerne les hospitalisations sans consentement, elles sont régies par la loi du 5 juillet 2011 mais possèdent cependant quelques particularités :

- Elles ne concernent que les hospitalisations sur décision d'un représentant de l'État (SDRE), les hospitalisations à la demande d'un tiers n'existent pas ;
- Seules les hospitalisations à temps complet sont possibles, les programmes de soins sont exclus.

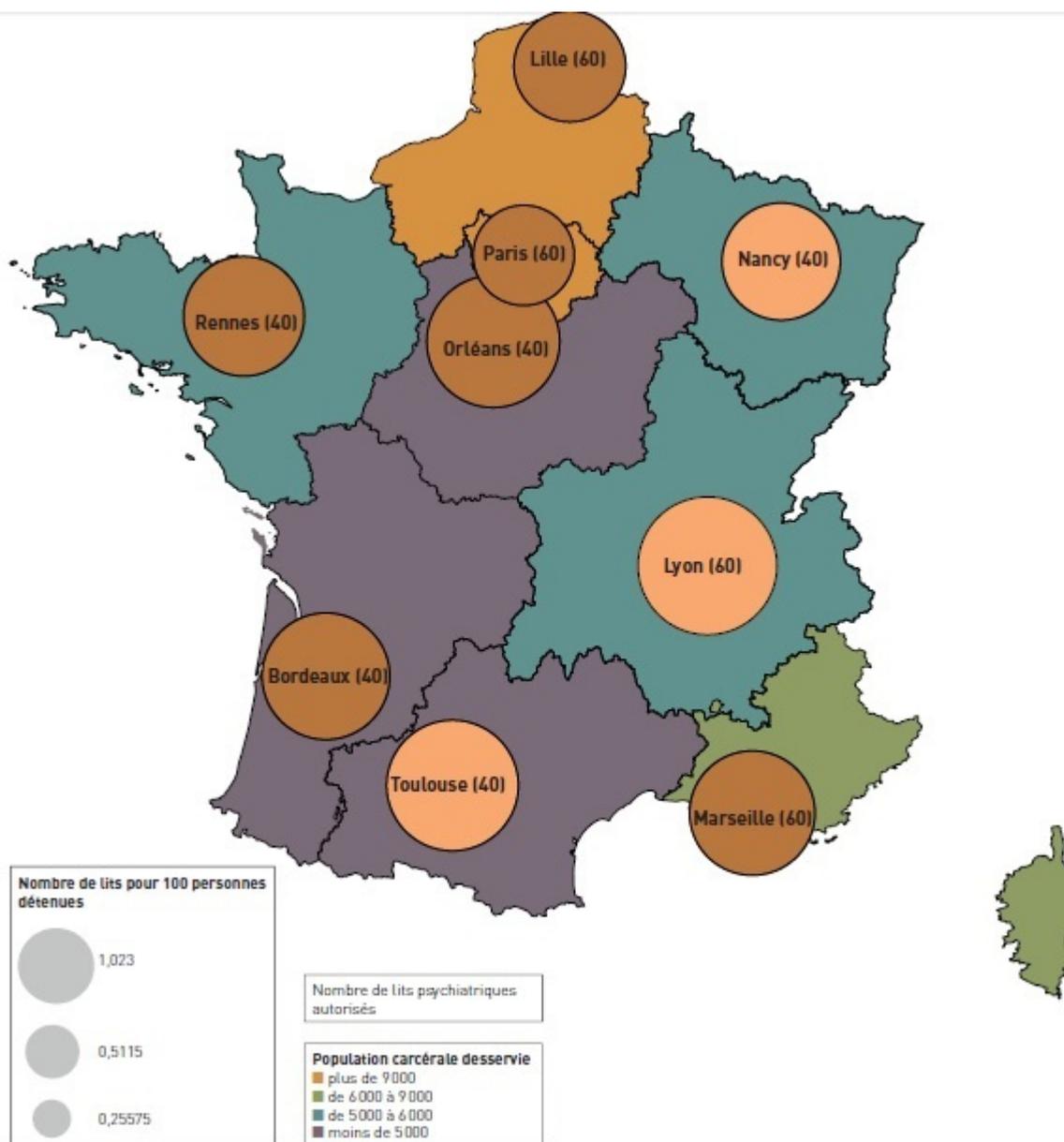


Figure 3 : Localisation et ressort territorial des 9 Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) (8)

ii. Établissements publics de santé mentale (EPSM)

En attendant la finalisation du programme de construction des UHSA, les hospitalisations dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie sont toujours possibles. Ces hospitalisations se déroulent sans garde statique des forces de l'ordre ou de l'administration pénitentiaire.

iii. Unités pour malades difficiles (UMD)

Une personne détenue, qui représente un danger pour autrui et pour laquelle les soins, la surveillance et les mesures de sûreté ne peuvent se dérouler dans une unité classique, peut être hospitalisée dans une UMD.

Le patient y est admis par arrêté préfectoral sur la base d'un certificat médical motivé rédigé par un psychiatre et après accord d'un psychiatre de l'UMD.

LE SECRET MÉDICAL

I. Définition

A. Aspect historique

Hippocrate (460-356 avant J.C.) est *a priori* la première personne à avoir tenté de régir l'exercice médical.

Le serment auquel il a donné son nom définit les rapports entre le médecin et le malade, et on peut y lire qu' « *Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.* » (9)

Le premier texte juridique faisant allusion au secret médical et à ses obligations date de 1810, avec le Code Pénal Impérial de Napoléon (10). L'article 378 mentionne : « *Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.* »

Il faudra attendre 1994 et l'entrée en vigueur du nouveau Code Pénal pour voir une modification de cet article.

B. Définition légale et déontologique

L'article L1110-4 du Code de la Santé Publique, introduit par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, concerne les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Il définit le secret médical comme suit : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

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

L'article R4127-4 du Code de la Santé Publique, dans sa partie concernant les devoirs généraux des médecins, définit le secret médical comme un secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients et s'imposant à tout médecin dans les conditions prévues par la loi :

« Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Le secret médical ne cesse pas après le décès du patient.

Il s'applique aux médecins, mais également à chaque personne intervenant dans la prise en charge du patient.

C. Le secret médical partagé

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. » (11)

Il s'agit donc du partage du secret médical entre personnes ayant en charge le même patient, partage s'avérant nécessaire à la sécurité du malade.

II. Violation du secret médical

A. Conséquences pénales

Le non-respect du secret médical est un délit, et la peine est prévue par l'article 226-13 du Code Pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* »

B. Conséquences disciplinaires

En tant que garant de la déontologie médicale, l'Ordre des Médecins peut poursuivre les médecins n'ayant pas respecté les règles établies dans son code.

En cas de plainte, le médecin est jugé devant la chambre disciplinaire de première instance du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.

Si la faute est avérée, la sanction risquée peut-être :

- un avertissement ;
- un blâme ;
- une interdiction temporaire ou définitive d'exercer ;
- une radiation du tableau de l'Ordre.

Le médecin peut faire appel, et la plainte sera alors renvoyée devant la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Les sanctions disciplinaire et pénale sont indépendantes l'une de l'autre.

C. Dérogations au secret médical

L'article 226-13 du Code Pénal sanctionnant la violation du secret médical n'est pas applicable dans certains cas, prévus à l'article 226-14 du même code.

Aussi, comme le stipule l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique, « *en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.*

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

1. Dérogations obligatoires (12)

- Déclaration des naissances et des décès (13)

- Déclaration des maladies contagieuses (Annexe 2) : « *Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés :*
 - *1° Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ;*

- 2° *Les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. » (14)*

- Admission en soins psychiatriques (15)
 - A la demande d'un tiers : « *Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. »*

 - En cas de péril imminent : « *Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade. »*

 - Sur décision du représentant de l'État : « *Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. [...] En cas de danger imminent pour la sûreté des*

personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires [...] »

- Mesures de protection des personnes majeures
 - Tutelle et curatelle (16)
 - Sauvegarde de justice (17)

- Accidents du travail et maladies professionnelles
 - Accident du travail : *« Le praticien établit, en double exemplaire, un certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement un de ces certificats à la caisse primaire et remet le second à la victime.*

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical indiquant les conséquences définitives, si elles n'avaient pu être antérieurement constatées, est établi en double exemplaire. L'un des certificats est adressé par les soins du praticien à la caisse primaire, le second est remis à la victime, ainsi que toutes les pièces ayant servi à l'établissement dudit certificat. » (18)
 - Maladie professionnelle : *« Le praticien établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie,*

notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables. Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration mentionnée au premier alinéa dont la forme a été déterminée par arrêté ministériel.

Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement par la caisse primaire à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise ou, s'il y a lieu, au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale. » (19)

- Pensions civiles et militaires de retraite et d'invalidité (20)

- Procédures d'indemnisation

- Protection de la santé des sportifs et lutte contre le dopage (21)

- Veille sanitaire (22)

2. Dérogations permises par la loi

- Séances ou privations infligés à un mineur ou à une personne incapable de se protéger : « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*
 - *1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de séances, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à*

un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

- *2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;*
- *3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.*

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. » (23)

- Protection des mineurs en danger ou risquant de l'être (24)
- Sévices permettant de présumer de la commission de violences sur une personne majeure : Une déclaration peut être faite auprès du Procureur de la République, uniquement en cas d'accord de la personne victime (23).

- Dangersité pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes connues du médecin pour être détentrices d'une arme à feu ou ayant manifesté leur intention d'en acquérir une (23)
- Évaluation et plan personnalisé de compensation du handicap
- Évaluation de l'activité des établissements de santé (25)
- Recherches dans le domaine de la santé (26)
- Évaluation ou analyse des activités de soins et de prévention (27)

III. Secret médical et établissements pénitentiaires

A. Législation générale

La législation concernant le secret médical s'applique de manière identique à l'intérieur des établissements pénitentiaires.

Le droit au secret médical est garanti aux personnes détenues par l'article 45 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, dite loi pénitentiaire : « *L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique.* »

Le personnel pénitentiaire, notamment celui affecté aux structures médicales, doit observer une stricte discrétion et ne doit divulguer à personne les informations

concernant la santé des personnes détenues. Il est, par son statut, lui-même contraint au secret professionnel (28).

Si le personnel d'escorte, lors d'extractions médicales du patient, prend connaissance d'éléments médicaux, alors il est soumis au secret (8).

Le médecin travaillant en milieu pénitentiaire doit veiller au comportement des personnes qui l'assistent et donc empêcher toute indiscretion qui se produirait en son absence (29).

B. Partage d'information

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

C. La Commission Pluridisciplinaire Unique

La circulaire interministérielle N°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 prévoit la participation du personnel médical à la Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) et émet des recommandations quant au partage d'information entre les deux administrations sanitaire et pénitentiaire.

La CPU a pour objectif une connaissance partagée de la situation globale de la personne détenue tout au long de son parcours pénitentiaire (30).

Le principe de respect du secret médical y est mentionné.

D. Certificats médicaux

Les certificats médicaux rédigés en prison sont soumis à la même législation que dans le cadre général selon l'article R 4127-76 du Code de Santé Publique : *« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. »* L'établissement de ces certificats est soumis au secret professionnel et leurs originaux doivent être remis en main propre au patient, en prenant soin d'en garder une copie dans le dossier médical (8).

Dans certains cas strictement prévus par la loi, des documents médicaux peuvent être produits à la demande de l'administration pénitentiaire (*Annexe 3*). Ils ne doivent contenir que les informations strictement nécessaires, et on ne doit pas y voir apparaître d'élément diagnostique. Il s'agit uniquement de l'avis médical dans le cadre des procédures d'orientation, des levées de mesures de contrainte, et des prolongations des mesures d'isolement. Le médecin doit informer la personne détenue et lui remettre une copie de ces documents si elle le demande.

E. Mesures de prophylaxie

Si des mesures de prophylaxie individuelles (exemple : gale) ou collectives (tuberculose) doivent être mises en place lorsqu'un risque infectieux a été identifié, le respect du secret professionnel doit être maintenu (8). L'information doit être donnée en théorie de manière non nominative aux différents personnels intervenant dans l'établissement pénitentiaire afin de pouvoir mettre en place les mesures adéquates d'hygiène pour éviter la transmission des maladies contagieuses.

Dans le cas particulier de la tuberculose, une circulaire de 2007 décrit la démarche à appliquer en cas de suspicion de tuberculose au sein d'un établissement pénitentiaire (31). Après avoir mis tout en œuvre pour confirmer ou infirmer le diagnostic, dans l'attente des résultats et dans le respect du secret médical, le médecin de l'unité sanitaire doit informer le patient des précautions à prendre pour limiter le risque de contamination et mettre en place les mesures de protection des autres « personnes contact », en liaison avec le chef de l'établissement pénitentiaire :

- Le patient doit être seul en cellule, sur prescription du médecin. La porte doit être fermée, y compris dans les centres de détention. Cette cellule doit être fréquemment aérée. Les déplacements doivent être limités.
- Toute personne entrant dans la cellule doit porter un masque de protection respiratoire. L'administration pénitentiaire a la charge de ce moyen de protection pour son personnel et pour les autres détenus.

Lorsque le diagnostic est confirmé, une triple démarche doit être menée :

- Le cas doit être obligatoirement déclaré et notifié au médecin inspecteur de santé publique de l'ARS à l'aide d'un formulaire anonyme de déclaration en cochant l'item « *milieu pénitentiaire* ».
- Le patient doit être hospitalisé, de préférence à l'UHSI ou à défaut dans le centre hospitalier de proximité, jusqu'à ce que le risque de transmission de la maladie soit écarté.
- Le médecin avertit le CLAT afin de mener l'enquête autour du cas. En ce qui concerne les personnels, l'enquête est effectuée en concertation étroite avec le médecin de prévention de l'administration pénitentiaire. Un recensement des agents ayant été en contact étroit, prolongé et/ou répété avec la personne malade doit être mené en collaboration avec le chef d'établissement. Le dépistage chez les agents pénitentiaires est réalisé par le CLAT.

En cas de découverte de tuberculose chez un personnel pénitentiaire, le médecin de prévention doit en avertir le service sanitaire.

LE SURVEILLANT PÉNITENTIAIRE

I. Le métier de surveillant pénitentiaire

Les personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire sont des fonctionnaires de l'État (32). Ils sont donc régis par la loi Le Pors du 13 juillet 1983, portant droit et obligation des fonctionnaires, et la loi du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'État. Ils sont soumis à un statut spécial défini par le décret n°2006-441 du 14 avril 2006 portant statut particulier des corps du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire.

Le surveillant pénitentiaire se voit confier une double mission :

- Sécurité : il participe à l'exécution des décisions et sentences pénales, et concourt au maintien de la sécurité publique. Il veille à faire respecter l'ordre et la discipline au sein des établissements accueillant des personnes détenues.
- Réinsertion : il contribue à l'action de réinsertion et de prévention de la récidive en relation avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

Les surveillants pénitentiaires peuvent bénéficier d'une évolution de carrière et accéder à des postes d'encadrement (premier surveillant, major) puis des postes de commandement (lieutenant, capitaine, commandant pénitentiaire) (*Annexe 4*). Ces

derniers peuvent être amenés à assurer des fonctions de chef d'établissement pénitentiaire dans des structures pour peines accueillant moins de 200 détenus.

Par sélection interne, les surveillants peuvent avoir accès à des postes de moniteur de sport, de chargé d'application informatique, de membre d'une équipe régionale d'intervention et de sécurité (ERIS), de formateur.

Après cinq ans d'ancienneté, ils peuvent devenir surveillant brigadier, surveillant expérimenté auquel sont confiées davantage de responsabilités, mais qui ne peut pas être considéré comme le supérieur hiérarchique des autres surveillants.

II. Formation

A. Généralités

L'accès à la formation au métier de surveillant pénitentiaire se fait par un concours. Pour s'y inscrire, il faut être titulaire du brevet national des collègues, être âgé d'au moins 19 ans et d'au maximum 40 ans, être de nationalité française, jouir de ses droits civiques, n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation incompatible avec l'exercice des fonctions de lieutenant pénitentiaire et répondre à certaines conditions physiques (33).

Lorsqu'ils sont admis au concours, les élèves surveillants suivent une formation rémunérée de 8 mois, dispensée à l'École Nationale d'Administration Pénitentiaire située à Agen (Lot-et-Garonne). Elle se déroule sous forme de cours théoriques et de stages pratiques en établissement pénitentiaire (34).

La formation théorique se décline sous forme d'unités de compétences (UC) au nombre de six, elles-mêmes divisées en modules (35).

Les unités de compétences sont :

- *UC1 : Se situer dans son environnement professionnel ;*
- *UC2 : Communiquer dans les situations de la vie professionnelle ;*
- *UC3 : Assurer la sécurité des personnes en détention et lors des mouvements ;*
- *UC4 : Intervenir en situation d'urgence ;*
- *UC5 : Assurer la sécurité de l'établissement et sa périmétrie ;*
- *UC6 : Assurer la prise en charge et l'accompagnement individuel de la personne détenue.*

B. Formation en rapport avec la santé

C'est dans l'UC4 « *Intervenir en situation d'urgence* » que sont abordés quelques sujets en rapport avec la santé des personnes détenues (35).

Dans cette unité de compétences, le module 4 comporte trois séquences en lien étroit avec la santé :

- Séquence 1 : *Protéger, alerter, intervenir sur une victime qui s'étouffe ou qui perd connaissance, ou qui présente une hémorragie externe ou qui se plaint d'un malaise, ou qui se plaint après un traumatisme ;*
- Séquence 2 : *Intervenir sur une victime qui se plaint d'une brûlure, ou sur une victime qui ne respire pas ;*
- Séquence 3 : *Examen de secourisme.*

L'apprentissage du secourisme est assuré en coopération avec la Croix Rouge. La question de l'assistance et des secours portés en cas de tentative de suicide ou d'auto-mutilation, situations relativement fréquentes en prison, est également enseignée.

Une des séquences de l'UC6 consiste en l'apprentissage du repérage des facteurs de risque de la personne détenue et de leur prévention. On imagine qu'il peut s'agir, entre autres, des facteurs de risque de suicide, puisqu'une formation initiale « *prévention du suicide* » existe désormais (2).

III. Le surveillant pénitentiaire et le secret professionnel

A. Secret professionnel

Le surveillant pénitentiaire étant fonctionnaire de l'État, il est soumis au secret professionnel comme le définit son statut (28) : « *Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal.* »

En 2010, un code de déontologie du service pénitentiaire est sorti par décret, s'appliquant aux personnels, fonctionnaires et agents non titulaires de l'administration pénitentiaire (36). L'article 4 de ce présent code renforce le principe de secret professionnel en stipulant que le personnel de l'administration pénitentiaire est astreint au devoir de réserve et au respect de la discrétion et du secret professionnel, dans les conditions prévues par les lois et règlements.

B. Secret des informations médicales

Dans ce même code de déontologie, le secret médical est évoqué à l'article 34 :
« *Les personnes physiques et les agents des personnes morales concourant au service public pénitentiaire ne divulguent, hors les cas prévus par la loi, aucune information relative à la sécurité des établissements ou services ou à l'état de santé, à la vie privée ou à la situation pénale des personnes auprès desquelles ils interviennent.* »

IV. Relations avec les services de soins

A. Le surveillant affecté aux services de soins ambulatoires

Le personnel de surveillance affecté aux structures sanitaires au sein des établissements pénitentiaires a pour mission de gérer les mouvements des personnes détenues et d'assurer la sécurité. Ces personnels sont désignés par le chef de l'établissement après avis du médecin responsable de la structure médicale (8).

Les activités de soins s'effectuent hors de la présence du personnel de surveillance.

B. Le surveillant affecté aux cellules d'hébergement en SMPR

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

C. Le surveillant d'étage

Le surveillant d'étage est celui qui vit quotidiennement avec le détenu. Il est son principal interlocuteur. Chaque demande passe en principe par lui.

Il est également celui qui remarquera un détenu malade, ou qui a besoin d'aide. L'observation du détenu fait partie de ses missions, et inclut l'observation de l'état physique et psychologique du détenu, en étant attentif à tout état inhabituel ou anormal (37). C'est lui qui doit transmettre les informations concernant les potentielles urgences aux services de soins, directement ou via son supérieur hiérarchique.

Il peut également inciter la personne détenue à aller consulter les services médicaux et transmettre les demandes écrites de consultation, bien qu'en général une boîte aux lettres prévue à cet effet soit directement accessible au patient.

D. Le surveillant des quartiers d'isolement et disciplinaire

Encore plus que dans les bâtiments de détention classique, le surveillant est un des seuls interlocuteurs des détenus placés au quartier d'isolement (QI) et au quartier disciplinaire (QD). En effet, le régime de détention y est plus strict, et il ne doit y avoir qu'un minimum d'interactions entre la personne détenue et le reste de la prison.

Le surveillant pénitentiaire transmet quotidiennement aux services sanitaires la liste complète des détenus présents au QI/QD.

Une visite médicale y est prévue de façon réglementaire au moins deux fois par semaine.

Comme les autres, les détenus placés en QI/QD peuvent faire une demande de consultation par écrit, qui est alors transmise par le surveillant. Ce dernier peut également signaler à l'unité sanitaire une situation jugée préoccupante.

Le surveillant accompagne le soignant à la porte de chaque cellule dont la clé est sous la responsabilité d'un gradé. La sécurité prime ici plus qu'ailleurs, et l'agent peut refuser l'accès à l'intérieur de la cellule s'il estime qu'il existe un risque.

En cas d'impossibilité de réaliser un soin au sein du quartier, le patient est accompagné par une équipe pénitentiaire dans les locaux de l'unité sanitaire, généralement à un créneau horaire qui lui est réservé.

E. Le surveillant affecté aux mouvements

Il est celui qui assure le mouvement de la personne détenue de son bâtiment de détention au service médical.

Il a la possibilité, s'il l'estime nécessaire pour une question de sécurité, de refuser le mouvement d'une personne.

F. Le surveillant d'escorte

Lors d'une extraction médicale d'un détenu, l'escorte pénitentiaire doit être composée au minimum de deux agents et d'un chauffeur, qui peut être soit un personnel pénitentiaire, soit un personnel d'un groupement privé, soit le conducteur d'un véhicule sanitaire léger (38).

A chaque extraction, un dispositif de sécurité est mis en œuvre, lequel ne doit pas perturber l'exercice des soins portés au patient détenu. Trois niveaux de surveillance sont envisagés :

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

Quel que soit le niveau de surveillance retenu, le chef d'escorte doit veiller à ce que les mesures de sécurité n'entravent pas la confidentialité de l'entretien médical.

Les surveillants d'escorte travaillent en étroite collaboration avec le secrétariat médical qu'ils informent immédiatement en cas de dysfonctionnement ou de refus d'extraction de la part du patient. Ils sont chargés de transmettre au secrétariat une lettre de refus signée.

G. Le surveillant affecté à l'UHSI

Le personnel pénitentiaire assure l'accès à l'UHSI et la sécurité en son sein, en gérant notamment l'ouverture des portes des chambres et l'organisation des parloirs. Si les examens prescrits doivent être réalisés au niveau de plateaux techniques spécialisés, le personnel pénitentiaire escorte le patient.

H. Le surveillant affecté à l'UHSA

Le personnel pénitentiaire assure la surveillance de l'enceinte et des locaux de l'UHSA, en contrôle les accès et organise les différents parloirs. Il n'a accès aux locaux de soins et aux chambres d'hospitalisation que pour assurer la fouille et le

contrôle des équipements ou pour intervenir à la demande du personnel hospitalier si la sécurité des personnes ou des biens est compromise.

V. Le personnel pénitentiaire et les soins

A. Les consultations programmées

Les consultations, entretiens et soins au sein de l'unité sont réalisés, sauf urgence, sur rendez-vous. La veille sont éditées la liste des patients attendus et les convocations nominatives.

Les listes sont remises aux surveillants de l'unité médicale, aux agents des étages et des mouvements s'ils existent.

Les convocations sont remises sous pli fermé aux surveillants qui ont la tâche de les distribuer aux détenus la veille de la consultation.

Il existe des établissements où les listes des patients ne sont pas établies la veille mais le jour-même. Elles sont alors transmises au surveillant affecté au service de soins qui a la charge de faire venir les patients en contactant les agents d'étage.

Pour être reçus, les détenus doivent en faire la demande par écrit. Une boîte aux lettres, dont seule l'unité de soins doit avoir la clé, est mise à leur disposition dans un endroit accessible.

Parfois, les courriers transitent par les surveillants pénitentiaires, quand la personne ne sort pas de sa cellule par exemple, ou encore quand elle ne connaît pas l'existence de la boîte aux lettres.

Le surveillant n'assiste pas aux consultations. Il doit rester à proximité immédiate afin de pouvoir intervenir si besoin. Dans certains cas, si le patient est particulièrement agité ou dangereux, l'administration pénitentiaire peut demander à être présente lors des soins. Le patient et le médecin peuvent s'y opposer. Le médecin a également la possibilité de prescrire une contention pour pouvoir effectuer les soins nécessaires.

B. Les consultations en urgence

Certains motifs nécessitent une consultation et des soins en urgence. Dans la plupart des cas, la demande se fait par le surveillant ou le gradé en joignant directement un personnel soignant.

Il faut alors faire venir le patient dès que possible au sein du service médical. Il incombe au service pénitentiaire de prendre les mesures de sécurité nécessaires à l'accès rapide du patient aux locaux sanitaires.

En cas d'incapacité du patient à se déplacer ou en cas d'urgence vitale, une équipe composée d'un médecin et d'un (de plusieurs) infirmier(s) se déplace en bâtiment de détention. Là encore, le personnel pénitentiaire doit assurer l'accès rapide des soignants au patient, ainsi que leur sécurité.

C. Les signalements

L'administration pénitentiaire a la possibilité de signaler aux services médicaux des situations qu'elle juge préoccupantes.

La majorité des signalements concerne les dispositifs de soins psychiatriques : réaction suite à une mauvaise nouvelle, auto-mutilations, menaces de passage à

l'acte auto- ou hétéro-agressif... Certains détenus sont plus à risque, tels les arrivants, les primo-incarcérés et les personnes placées au QI/QD.

Selon l'organisation des établissements et les protocoles en place, les signalements se font par écrit ou par oral.

Les dispositifs de soins s'engagent à recevoir le patient à partir du moment où il a été signalé, s'ils l'estiment nécessaire.

D. Les grèves de la faim et/ou de la soif

En cas de grève de la faim, les services pénitentiaires signalent le détenu aux services médicaux. Ils leur demandent de transmettre certaines informations comme l'évolution du poids et autres renseignements cliniques. Dans le dernier guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, il est proposé un nouvel imprimé destiné aux services pénitentiaire et sanitaire permettant de respecter le secret médical (*Annexe 5*).

E. Les extractions médicales programmées

En cas d'examen complémentaire devant se faire à l'hôpital ou d'hospitalisation programmée pour lesquels le patient a donné son accord, une collaboration étroite entre services médical et pénitentiaire est mise en place.

Le secrétariat médical est chargé de prendre le rendez-vous dans l'établissement de santé, et transmet la date et l'heure du rendez-vous à l'administration pénitentiaire.

Le patient, pour des raisons de sécurité, ne doit pas être informé de la date de son extraction.

Ce sont les surveillants de l'équipe d'escorte ou de la détention qui vont chercher le patient, l'informant alors de l'extraction.

Un nombre précis d'extractions médicales programmées par jour est fixé en fonction de l'organisation pénitentiaire.

Le patient est accompagné de surveillants d'escorte lors du transport et dans certaines situations lors des consultations, selon les dispositions détaillées précédemment. Dans certains cas, l'escorte peut se faire par les forces de l'ordre ou avec son renfort (*Annexe 6*).

Le chef d'établissement, en considérant la dangerosité de la personne détenue, le risque d'évasion et son état de santé, doit définir si la personne doit faire l'objet de moyens de contraintes et doit en préciser leur nature.

Si la personne détenue présente une particularité susceptible de rendre complexe l'application des mesures de contraintes (plâtre, pansement, béquilles), l'unité sanitaire est sollicitée par un personnel d'encadrement pénitentiaire, pour donner son avis sur l'adaptation des moyens de contrainte envisagés à l'état de santé de l'intéressé.

Les informations et documents médicaux nécessaires à la prise en charge du patient doivent être transmis au médecin destinataire dans des conditions garantissant leur inviolabilité (8). Lorsqu'il s'agit de documents ne pouvant être transmis autrement, ils sont remis sous pli cacheté au personnel d'escorte qui les remettra en l'état au service accueillant le patient.

F. Les extractions médicales en urgence

1. Pendant les heures d'ouverture de l'unité sanitaire

Lors des consultations programmées ou en urgence, il peut arriver que soit nécessaire une extraction immédiate en milieu hospitalier pour avis spécialisé ou prise en charge urgente. Il peut s'agir de cas médicaux (suspicion d'infarctus du myocarde, d'œdème aigu du poumon, tentative de suicide...), chirurgicaux (fracture complexe, plaie nécessitant une intervention chirurgicale...) ou psychiatriques (décompensation psychotique, crise suicidaire...).

Le mode de fonctionnement le plus fréquent est d'avertir l'établissement de santé d'accueil de l'arrivée imminente d'un patient détenu, et d'organiser son transfert. Celui-ci peut se faire soit en véhicule sanitaire (pompiers, ambulances), soit en fourgon de l'administration pénitentiaire.

S'il est nécessaire de médicaliser le transport, le transfert doit se faire en liaison avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15, qui dépêche alors un véhicule du SMUR.

Il appartient au médecin de l'unité sanitaire de prévenir l'administration pénitentiaire de la nécessité de l'extraction médicale en urgence. Le responsable du roulement de l'établissement désigne alors les agents qui feront partie de l'escorte.

2. En dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire

Lorsque l'unité sanitaire est fermée, si son état de santé leur paraît préoccupant, les surveillants pénitentiaires interviennent à la demande de la personne détenue, ou suite à une alerte donnée par un tiers, ou encore de leur propre initiative.

Quand cette situation se présente, le personnel pénitentiaire doit contacter le centre de réception et de régulation des appels du SAMU-Centre 15. Il doit favoriser la communication directe entre le patient et le médecin régulateur, et veiller à la confidentialité de l'entretien téléphonique.

C'est le médecin régulateur qui décide de la réponse médicale. S'il estime que le patient doit être hospitalisé, l'extraction est effectuée sous escorte dans les mêmes conditions que précédemment.

G. La distribution des médicaments

Selon l'organisation de l'établissement pénitentiaire, la distribution des traitements se fait soit au sein de l'unité sanitaire, soit en bâtiment de détention.

La distribution en détention par le personnel infirmier ou le préparateur en pharmacie se fait en compagnie d'un surveillant, qui doit assurer l'ouverture et la fermeture des cellules, en veillant à la sécurité du personnel soignant et à la tenue correcte des détenus. En aucun cas le surveillant pénitentiaire ne doit se charger de la remise des médicaments (39).

DISCUSSION

I. Pourquoi aurait-on besoin du surveillant pénitentiaire dans les soins ?

A. Définition de l'accès aux soins

Par définition, l'accès aux soins est la facilité plus ou moins aisée d'une population donnée à obtenir les prestations que peuvent lui offrir les services de santé dont elle a besoin.

Les obstacles de l'accès aux soins peuvent être matériels, économiques, culturels, géographiques, ou encore physiques.

B. L'accès aux soins en prison

1. Généralités

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la France s'efforce de garantir aux personnes privées de liberté un accès aux soins équivalent à celui proposé en milieu libre.

En théorie donc, les personnes incarcérées bénéficient d'une offre de soins identique aux autres, voire même supérieure. En effet, chaque personne mise sous écrou se voit affiliée au régime général de la sécurité sociale.

Dans la population générale, le premier obstacle à l'accès aux soins est la non-affiliation au régime de protection sociale, pour généralement des raisons économiques ou culturelles.

Chaque établissement pénitentiaire est doté d'un service de soins géré par l'hôpital public. Les personnes détenues peuvent donc, en principe, accéder aux soins dès qu'elles en ressentent le besoin car elles bénéficient des deux conditions facilitatrices : la protection sociale et la proximité des services de soins.

De plus, il est souvent décrit que les personnes détenues sont mieux soignées que si elles étaient à l'extérieur, car la prison leur offre un cadre et des contraintes permettant une meilleure observance, tant leur vie au dehors est tumultueuse (40).

2. Les barrières à l'accès aux soins

Nous pouvons donc nous poser la question des barrières à l'accès aux soins en prison.

Un des éléments limitants est la personne détenue elle-même. En effet, volontairement ou non, par méconnaissance du système, barrière de la langue ou comportement opposant, son accès aux soins peut s'en trouver malaisé.

Un second facteur limitant est la machine pénitentiaire. En effet, nous avons vu précédemment que chaque étape de l'accès aux soins en milieu carcéral était soumise à l'intervention d'un agent pénitentiaire. Le patient n'a pas libre accès au médecin, il n'est pas libre de ses mouvements en dehors de sa cellule, et le médecin n'a pas non plus libre accès aux personnes détenues.

Le surveillant pénitentiaire a indéniablement le rôle de relais incontournable dans l'accès aux soins, quel que soit son poste de travail. Il transmet la demande de consultation, peut repérer le détenu malade et l'orienter, accompagne le patient de sa cellule au personnel de santé. C'est de lui dont dépend le respect de l'horaire de

rendez-vous et l'accès rapide du patient en cas d'urgence médicale. Lorsqu'il est affecté à l'unité de soins, il gère la présence numérique des détenus au sein des locaux et veille au bon déroulement des mouvements et à la sécurité du personnel de santé.

De ce fait, il ne serait pas impossible qu'un détenu en conflit avec le personnel pénitentiaire puisse voir son accès aux soins être altéré. En effet, un détenu constamment en demande par exemple, peut en arriver à décourager ou épuiser le personnel, qui ne prendra plus au sérieux ses multiples sollicitations, de façon volontaire ou non.

Même s'il s'agit d'un fait que l'on observe de façon de plus en plus sporadique, certains détenus, de par la nature des actes qu'ils ont commis, peuvent se voir infliger la « double peine ». Certaines personnes incarcérées se voient traitées différemment des autres. Cela peut se traduire par un retard de la transmission de leurs demandes, un « oubli » de les amener au service médical...

Malgré un système en permanente réflexion et en constante amélioration, il existe encore un manque d'équité dans l'accès aux soins à l'intérieur des prisons. Dans les centres pénitentiaires où il existe un « quartier femmes » par exemple, les détenues ont moins souvent accès aux services médico-techniques sur place. Étant moins nombreuses, l'organisation leur laissera moins de temps dans le planning pour accéder aux unités sanitaires.

Autre difficulté, l'administration pénitentiaire annule régulièrement, de façon arbitraire, des extractions médicales pour des raisons d'insuffisance d'agents ou d'extractions judiciaires, estimées prioritaires sur le reste.

Enfin, et c'est un fait qui peut paraître surprenant, une trop grande connivence entre l'administration pénitentiaire et les services de soins – ou entre les surveillants et le personnel soignant – peut être mal perçue par la population carcérale. Cette complicité risque d'impacter sur le niveau de confiance du détenu, et représente également une barrière à l'accès aux soins.

L'absence ou la défaillance d'un seul maillon de cette chaîne met donc à mal l'accès aux soins et leur continuité et, en ce sens, le rôle du surveillant pénitentiaire est primordial. Il représente un tiers nécessaire entre les personnes détenues et le personnel soignant (41).

II. Le surveillant pénitentiaire et la santé du détenu

Le surveillant pénitentiaire peut-il se sentir investi d'un rôle en dehors de la relation avec l'unité sanitaire ? La loi de 1994 a délié les personnels pénitentiaires des fonctions paramédicales, mais peuvent-ils encore se sentir concernés par l'état de santé des personnes incarcérées ?

Le surveillant pénitentiaire est celui qui connaît le mieux le détenu au quotidien. Il le côtoie tous les jours dans cette prison qui est un lieu de vie, et par son expertise de la personne détenue, il peut rendre compte, le cas échéant, d'anomalies et

d'évolutions diverses (42). Il peut savoir quels sont les détenus qui souffrent, et est le plus à même d'en informer le personnel de santé.

Mais la logique carcérale n'est pas la logique médicale. Pour le surveillant pénitentiaire, on parle de détenus potentiellement malades. Tandis que pour nous, médecins, il s'agit de patients détenus.

La logique pénitentiaire vise la sécurité et la sanction pénale en premier lieu. Mais de manière parfois ambiguë, l'autorité pénitentiaire cherche à connaître les problèmes de santé de la personne détenue.

On peut observer et concevoir plusieurs raisons.

Le personnel pénitentiaire cherche d'abord à protéger sa santé. Il sait que la prévalence des maladies infectieuses transmissibles en prison est importante. Et naturellement, comme tout un chacun, il a peur d'être contaminé. Il vit avec le détenu, il fouille sa cellule, il le maîtrise au corps quand il représente un danger. Il est potentiellement exposé à ces maladies, et ne veut pas les contracter. Il existe par exemple une véritable « psychose » de la gale et de la tuberculose en prison.

Ensuite, l'administration pénitentiaire ne veut pas être tenue pour responsable de la mauvaise santé physique ou mentale d'un détenu. Les Règles Pénitentiaires Européennes préconisent d'ailleurs de consigner méticuleusement dans un dossier les informations sur l'état de santé de la personne détenue lors de son admission, ce qui « *représente aussi une mesure de protection essentielle* » dans « *l'intérêt légitime de l'État* » (43). Elles incitent le personnel pénitentiaire à notifier tout signe de mauvaise santé, « *y compris les blessures qui pourraient n'être plus visibles au moment de l'examen du détenu par un médecin qualifié* ».

Enfin, la sécurité des établissements pénitentiaires dépend également du « bien-être » des détenus, et justifie en plus du projet global de réinsertion sociale, l'accès systématique de chaque personne incarcérée aux services de soins (39).

L'observation du détenu est une des missions principales du surveillant pénitentiaire, et fait l'objet de règles précises (44). Concernant l'état de santé du détenu dont il a la charge, l'agent pénitentiaire doit pouvoir analyser son aspect physique et ses attitudes, comme une désinhibition ou au contraire un repli sur soi, une nervosité inhabituelle... Le personnel d'étage doit s'assurer de l'intégrité physique de la personne détenue à chaque appel. Lors des contrôles à l'œilleton, il doit veiller à son état de santé. On lui demande également d'être particulièrement attentif aux personnes faisant l'objet d'une surveillance spécifique comme les détenus arrivants ou ceux signalés comme suicidaires.

Il doit rendre compte de ses observations dans le Cahier Électronique de Liaison (CEL) et prendre les mesures nécessaires à l'état du détenu, comme prendre contact avec les services de santé le cas échéant.

Un des chevaux de bataille de l'administration pénitentiaire depuis quelques années est la prévention du suicide (45) (46). Elle se donne pour mission d'évaluer le risque suicidaire pour chaque personne détenue, de transmettre les informations et les consignes aux différents services impliqués et de proposer une prise en charge adaptée à chaque situation (47).

Le personnel pénitentiaire procède à une évaluation du risque suicidaire (*Annexe 7*), et doit repérer les facteurs de risque et les signaux d'alerte comme les changements d'attitude ou de comportement, les changements d'aspect physique,

un défaut d'hygiène de la cellule, les modifications des habitudes comme les activités et les promenades, la diminution de la fréquence des parloirs, du courrier, des appels téléphoniques, les annonces de mauvaises nouvelles, les actes importants de la procédure judiciaire, les rejets de demandes d'aménagement de peine, l'approche d'une date de libération ou de jugement, le placement en quartier disciplinaire ou d'isolement...

Le surveillant est chargé de discuter avec le détenu afin de déterminer s'il existe un projet de passage à l'acte à court ou moyen terme. Il est formé sur les questions à poser. Il connaît les périodes et les secteurs auxquels il faut prêter attention. Il lui est demandé de transmettre les informations nécessaires à sa hiérarchie. En cas de passage à l'acte, il doit alerter, intervenir et prodiguer les gestes de premier secours.

Le surveillant accepte souvent son rôle de relais entre le détenu et le personnel de santé. Il y voit sans doute une façon de se protéger, de se rassurer et de se déresponsabiliser, mais on ne saurait également nier son respect pour la dignité humaine (41).

En effet, beaucoup de surveillants trouvent réducteur leur rôle de sécurité et de « gardiennage » et déplorent le manque de temps et de conditions nécessaires à leur mission de réinsertion. Par conséquent, et pourvus d'une humanité comme tout un chacun, ils ne sont pas insensibles à l'état de santé des détenus dont ils ont la charge et dont ils sont les égaux.

III. La réalité du secret médical en prison

Malgré les efforts quotidiens des équipes soignantes, le respect du secret médical est particulièrement difficile en milieu carcéral.

En 1998, le Conseil de l'Europe recommande que « *le secret médical devrait être garanti et observé avec la même rigueur que dans la population générale.* » (48)

Le principe de secret médical, tel qu'il est institué dans la loi, s'applique également au personnel soignant travaillant en milieu pénitentiaire.

Mais en prison, et d'un avis unanime, tout se sait et il n'y a de secret pour personne. En sont pour exemples des situations de la vie quotidienne. Le personnel affecté aux structures sanitaires entre déjà dans la confiance du secret médical dès lors qu'il sait quelle personne détenue bénéficie de soins, d'une consultation médicale ou dentaire, ou encore d'un entretien avec un psychologue. Le surveillant affecté aux mouvements sait également qui se rend au service médical, il est le lien indispensable entre le patient et le soin. L'agent des étages participe à la distribution des médicaments en ouvrant les portes des cellules et sait donc qui reçoit ou non un traitement. Il entend les échanges indispensables entre les infirmières et les patients. De cette façon et de manière involontaire, il peut même savoir exactement quel traitement est dispensé.

La déontologie veut que, pour appréhender avec bienveillance la mission du personnel soignant, le surveillant doit respecter et garantir le secret de la consultation et faire preuve de discrétion en toute circonstance (39). Le personnel d'escorte ne doit pas pouvoir accéder aux informations médicales mais connaît forcément le lieu de destination du patient, et peut donc en déduire parfois sa

pathologie. Le guide méthodologique souligne même que « *le personnel de l'escorte est soumis au secret concernant les éléments médicaux portés à sa connaissance lors de ces consultations* », preuve que le secret médical ne peut être garanti dans certaines situations.

C'est un constat fait chaque jour par quiconque travaille en détention.

Le secret médical garantit l'indépendance des soignants, leur crédibilité, et la confiance des personnes détenues. Il ne peut représenter en lui-même une barrière à l'accès aux soins en prison.

En revanche, même si le secret médical est un principe globalement compris et respecté par l'administration pénitentiaire comme le lui rappelle la loi, il faut se poser la question de l'effet délétère qu'il pourrait avoir dans certaines situations.

Comment signaler à l'administration un détenu particulièrement fragile pour que soit mise en place une surveillance attentive et spécifique si l'on ne précise pas au minimum quels sont les risques encourus ? Comment s'assurer de la mise en place de cette surveillance si le surveillant ne comprend pas son intérêt ? S'il n'est pas sensibilisé, le surveillant de nuit, débordé par les tâches qu'il a à accomplir, ne prendra pas forcément la peine de porter une attention particulière à la personne qui le nécessite.

Comment ne pas créer de panique et ne pas induire une stigmatisation d'un patient atteint de tuberculose en demandant la mise en place de conditions spécifiques si l'on cache à tout prix aux agents le diagnostic et si l'on ne leur explique pas pourquoi ces dispositions sont nécessaires ?

Nous n'avons pas à justifier les soins que nous prodiguons, mais il ne faut pas non plus, au nom du secret médical, bloquer toute communication avec l'administration pénitentiaire.

Bien que le secret médical soit institué dans l'intérêt du patient et que son principe prend tout son sens en milieu carcéral, il peut effectivement être un frein et créer une distance avec le surveillant, et peut en ce sens nuire au patient. Le principe même du soin, *primum non nocere*³, est alors mis à mal.

Afin que le secret médical ne constitue pas involontairement un obstacle à l'accès aux soins, il convient de rappeler aux surveillants pénitentiaires son intérêt et le droit à la confidentialité pour les personnes détenues. Il s'agit également de les rassurer et de les informer pour ne pas les éloigner du soin.

Toute la difficulté du travail de soignant en prison se trouve dans cette ambiguïté entre le respect absolu du secret médical institué par la loi pour protéger le patient, et cette confiance des informations qui peut parfois le desservir. Il faut savoir donner l'information nécessaire sans toutefois transgresser la confidentialité du secret médical, ce qui est un équilibre délicat à atteindre, tant la limite entre les deux est étroite (49).

3 D'abord ne pas nuire

IV. Le surveillant pénitentiaire peut-il donc être considéré comme soignant ?

Textuellement, être soignant signifie prendre soin d'une personne. Le soignant est un individu qui veille au bien-être de quelqu'un.

Le surveillant, outre sa mission de surveillance, a un rôle de bienveillance à l'égard de ceux dont il a la garde, et doit agir en toute objectivité. Ces deux valeurs sont aussi celles que l'on retrouve dans la fonction des soignants.

Il doit prendre, dans la limite de ses compétences, toute mesure utile à la sauvegarde de la vie et de la santé des personnes qui lui sont confiées, en particulier en faisant appel au personnel médical si besoin (36).

La surveillance spéciale instaurée par l'administration pénitentiaire consiste en une surveillance particulière de la personne concernée notamment lors des mouvements, et en une « ronde œillette » toutes les deux heures (50). Elle vise en premier lieu la surveillance des détenus considérés comme dangereux, mais est souvent appliquée pour la prévention du suicide. Elle peut parfois être conseillée par un soignant à l'issue d'une CPU, ou de façon moins formelle, pour une personne fragile inquiétant les services de soins mais ne nécessitant pas d'hospitalisation. On peut alors considérer que le surveillant devient à ce moment-là acteur dans la prévention de la santé.

Comme nous l'avons vu, le soin ne peut se faire sans le surveillant pénitentiaire : il est celui qui en permet physiquement l'accès, et il est également celui qui peut le limiter par indisponibilité, manque de temps, ou par non prise en

compte de la demande émanant du soignant ou du soigné. C'est en ce sens qu'il participe de façon indéniable à la santé de la personne détenue.

Le surveillant pénitentiaire ne peut être considéré comme un simple « gardien de prison », il surveille la personne, pas seulement le détenu. Cela implique de sa part un relais de l'information sous la forme de signalements aux services de soins si cela les concerne. Il n'est pas soignant en tant que tel, mais on attend de lui une communication constante et une participation qui visent à améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Sans pouvoir juger de l'importance et de la pertinence des soins accordés, il en est un acteur indispensable, voire même dans certains cas, l'initiateur.

En se rappelant les deux missions du surveillant pénitentiaire – sécurité et réinsertion – on ne peut que faire le constat que sa place dans les soins dispensés aux détenus est évidente. Le bon état physique et psychologique de la personne détenue est un des promoteurs d'une réinsertion réussie dans la société.

Cette place dans les soins, qui revalorise une profession trop souvent dénigrée, puise son sens non seulement dans le côté technique du métier de surveillant pénitentiaire, mais aussi et surtout dans son côté humain, où l'empathie et la bienveillance sont de mise.

CONCLUSION

L'organisation du système de soins en milieu pénitentiaire est un dispositif complexe, imposé par la mise en application de la loi du 18 janvier 1994 et nécessaire à la garantie du secret médical au sein des prisons françaises.

La présence du surveillant pénitentiaire lors de chaque étape du soin constitue une des singularités de la pratique médicale en milieu carcéral : tout doit nécessairement passer par lui, et s'il permet l'accès aux soins, il peut également en être un facteur limitant. Mais si le surveillant tient un rôle indispensable dans l'accès aux soins, il devient même acteur du soin dès lors qu'il s'agit de l'initier, en incitant le détenu à consulter ou en signalant une situation critique au personnel de santé, ou de veiller sur une personne particulièrement sensible. Il faut alors procéder à un échange d'informations utiles dans l'intérêt du patient, en prenant cependant garde à ne pas transgresser le secret médical qui s'impose aux soignants.

Le dialogue entre services médicaux et pénitentiaires est la clé d'une collaboration réussie, et le garant de la santé des personnes que chacun a sous sa responsabilité.

Une bonne entente entre nos services doit passer par une bonne compréhension des missions de chacun et des attentes de l'autre.

Il faudrait pouvoir sensibiliser au mieux les surveillants pénitentiaires sur l'état de santé des personnes en prison, et leur prodiguer une information succincte et

adaptée sur les pathologies les plus fréquentes, leurs modes de transmission éventuels, et l'importance des soins et traitements.

En ce qui concerne les maladies psychiatriques, compte-tenu de la proximité des surveillants et des détenus, il serait plus qu'intéressant de sensibiliser les agents pénitentiaires à leur repérage et qu'il ne s'agisse pas uniquement du suicide, dans une volonté de soins et non uniquement de protection de l'État. Le partenariat médico-pénitentiaire prendrait ici tout son sens.

En 1998, le Conseil de l'Europe recommandait que les services de santé intervenant en prison puissent participer à l'information de l'administration pénitentiaire et de ses agents sur les questions relatives à la santé et leur dispenser une formation adéquate (48).

Cette participation des services de santé pourrait avoir lieu dans chaque établissement comme cela se fait déjà au sein des centres pénitentiaires de Lille-Sequedin et Annœullin, ou mieux, en collaboration avec l'ENAP directement lors de la formation des élèves surveillants.

La formation interprofessionnelle était un axe de travail du dernier plan stratégique relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, co-écrit par les deux ministères de tutelle (51).

Lors des actions de promotion de la santé en milieu pénitentiaire, il faudrait pouvoir proposer systématiquement la participation des surveillants afin de renforcer la collaboration entre les deux administrations et impliquer le personnel de surveillance dans la prévention.

Cette prise de conscience par l'administration pénitentiaire du rôle du surveillant pénitentiaire dans l'accès aux soins devrait aussi aboutir à une réflexion partagée afin que la structure et le fonctionnement des établissements pénitentiaires puissent favoriser le soin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. La santé en milieu carcéral. Aperçus historiques sur la santé en prison du 19ème siècle à nos jours. Les presses de l'ENAP. ENAP; 2013.
2. Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2013 [Internet]. Ministère de la Justice; 2013 [cité 28 janv 2014]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_cles_2013_opt.pdf
3. Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues [Internet]. Bulletin officiel du Ministère de la Justice et des Libertés; [cité 18 mars 2014]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1240006C.pdf
4. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. DREES [Internet]. mars 2005 [cité 18 mars 2014];(386). Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/er386.pdf>
5. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Khadoudja C, Valantin M-A, Serre P, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2013;35-36:445-50.
6. Beck F, Guignard R. Prévalence du tabagisme en France et comparaisons internationales [Internet]. INPES; 2012 [cité 13 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/prevalence-tabagisme.pdf>
7. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. 2008;141 p.
8. Ministère de la Santé, Ministère de la Justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice [Internet]. Dicom; 2012 [cité 28 janv 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Methodologique_-_Personnes_detenues_2012.pdf
9. Le serment d'Hippocrate. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Ordre National des Médecins. 2012 [cité 14 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
10. Lienhart A. Le secret médical : des règles à la pratique. Ann Fr Anesth Réanimation. nov 2010;29(11):832-851.

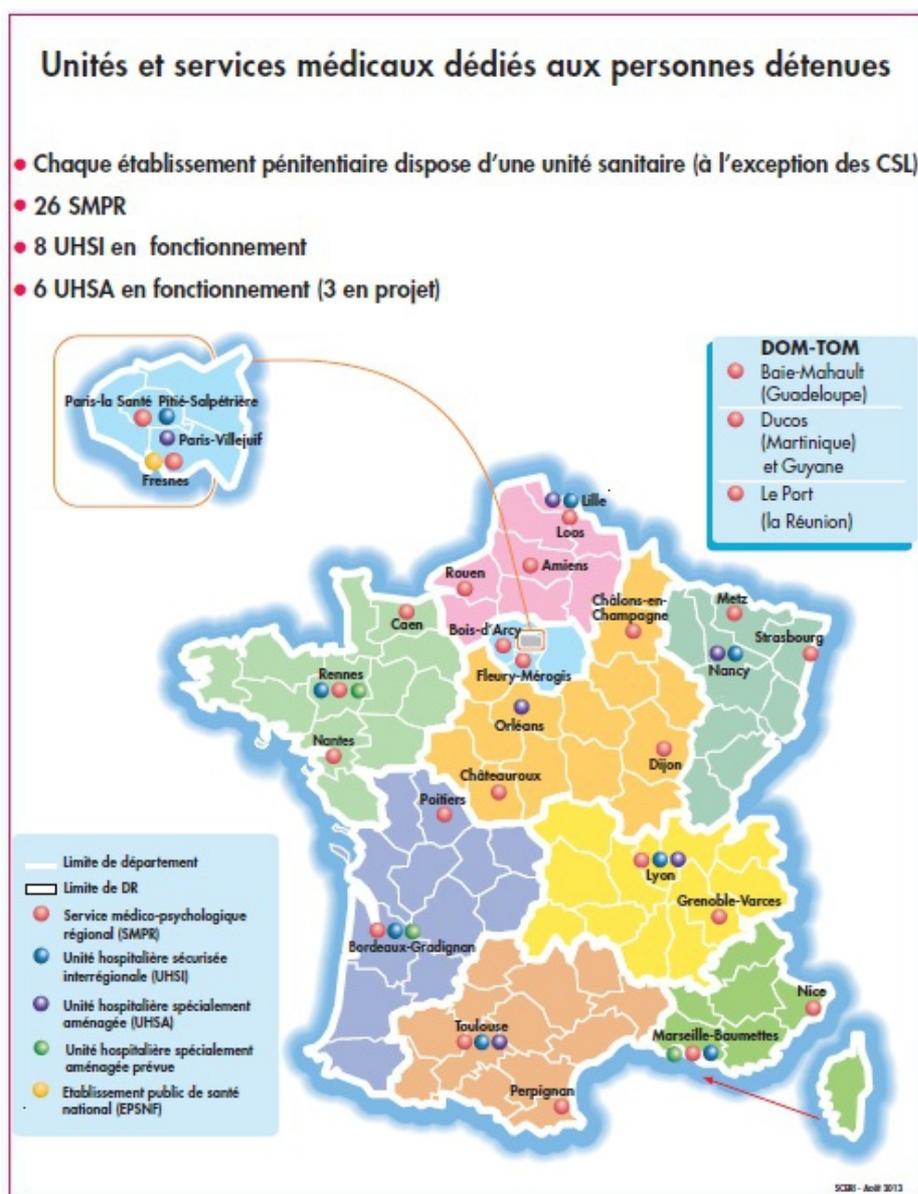
11. Article L1110-4. Code de la santé publique.
12. Article 4. Secret professionnel. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 18 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
13. Article L2223-42. Code général des collectivités territoriales.
14. Article L3113-1. Code de la santé publique.
15. Article L3212-1. Code de la santé publique.
16. Article 431. Code civil.
17. Article L441-6. Code de la sécurité sociale.
18. Article L3211-6. Code de la santé publique.
19. Article L461-5. Code de la sécurité sociale.
20. Article L31. Code des pensions civiles et militaires de retraite.
21. Article L232-3. Code du sport.
22. Article L1413-5. Code de la santé publique.
23. Article 226-14. Code pénal.
24. Article L226-2-2. Code de l'action sociale et des familles.
25. Article L6113-7. Code de la santé publique.
26. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. Article 55.
27. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. Article 63.
28. Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. Article 26.
29. Article R4127-72. Code de la santé publique.
30. 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 commission pluridisciplinaire unique [Internet]. Ministère de la Justice - Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2012 [cité 19 mai 2014]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf
31. Circulaire de la DAP n° 2007-PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels [Internet]. Bulletin officiel du Ministère de la Justice; 2007 [cité 7 juin 2014]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20070003_0000_0006.pdf

32. ENAP - Métiers et concours - Les métiers - Personnels de surveillance [Internet]. ENAP. [cité 1 juin 2014]. Disponible sur: http://www.enap.justice.fr/metiers_concours/personnels_surveillance.php
33. Justice - Métiers et concours - Surveillant pénitentiaire [Internet]. Ministère de la Justice. [cité 1 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.metiers.justice.gouv.fr/surveillant-penitentiaire-12629/le-metier-12630/>
34. Arrêté du 18 décembre 2012 portant organisation de la formation initiale des élèves surveillants et des surveillants stagiaires relevant du corps d'encadrement et d'application du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire.
35. Direction de la formation initiale - Formation initiale de la 185ème promotion d'élèves surveillants - du 23 septembre 2013 au 21 mai 2014 [Internet]. ENAP - Ministère de la Justice et des Libertés; [cité 1 juin 2014]. Disponible sur: http://www.enap.justice.fr/pdf/plaquette_formation_svt185_sept2013.pdf
36. Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant code de déontologie du service public pénitentiaire. 2010-1711 déc 30, 2010.
37. Pratiques de Références Opérationnelles - Surveillance d'étage ou d'unité - Axe métier. Ministère de la Justice - ENAP; 2008.
38. Circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale - AP 2004-07 CAB/18-11-2004 NOR: JUSK0440155C [Internet]. Bulletin officiel du Ministère de la Justice et des Libertés; 2004 [cité 19 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/4-dap96b.htm>
39. Pratiques de Références Opérationnelles - Surveillance d'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) - Axe métier. Ministère de la Justice - ENAP; 2008.
40. Kanoui-Mebazaa V, Valantin M-A. La santé en prison. Trib Santé. 18 janv 2008;n° 17(4):97-103.
41. Milly B. Soigner en prison. PUF. 2001. 250 p.
42. Georget M. La relation personnel soignant-personnel de surveillance: un révélateur du malaise identitaire des surveillants pénitentiaires [Internet] [Mémoire de recherche et d'application professionnelle]. Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire; 2013 [cité 21 août 2014]. Disponible sur: http://www.enap.justice.fr/files/dsp42_georget.pdf
43. Règles pénitentiaires européennes [Internet]. Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire; 2006. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RPE2.pdf
44. Pratiques de Références Opérationnelles - L'observation des personnes détenues - Axe thématique. Ministère de la Justice - Direction de l'Administration Pénitentiaire - ENAP; 2013.
45. Le suicide en prison: mesure, dispositifs de prévention, évaluation [Internet].

- École Nationale de la Magistrature, Paris: Direction de l'administration pénitentiaire; 2010 janv. Disponible sur: http://prison.eu.org/IMG/pdf/Travaux_Suicide_en_prison.pdf
46. Note du Garde des Sceaux du 15 juin 2009 relative à la prévention des suicides personnes détenues - Plan d'actions 2009 - Suites du rapport de la commission Albrand.
47. Pratiques de Références Opérationnelles - Prévention du suicide - Axe thématique. Ministère de la Justice et des Libertés - ENAP; 2010.
48. Recommandation N°R (98) 7 du comité des ministres aux Etats membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire [Internet]. Conseil de l'Europe; 1998 [cité 19 mai 2014]. Disponible sur: http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_penitentiaire/documents/conseileurope_recr987f.pdf
49. Lécu A. La prison, un lieu de soin ? Les Belles Lettres. 2012. 305 p.
50. Ministère de la Justice. Note ministérielle concernant les conditions d'application de l'instruction ministérielle du 18 septembre 2008 relative à l'affectation, au changement de cellule, à la gestion, à la surveillance spéciale des détenus [Internet]. 2008 [cité 10 août 2014]. Disponible sur: http://www.oip.org/images/stories/textes/Note%20affectation%20changement%20de%20cellule24_09_08-1.pdf
51. Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice et des Libertés. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 - Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice [Internet]. 2010 [cité 7 août 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues



Annexe 2 : Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Choléra
- Dengue
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Hépatite aiguë A
- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- Infection invasive à méningocoque
- Légionellose
- Listériose
- Orthopoxviroses dont la variole
- Mésothéliomes
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les départements d'Outre-Mer
- Peste
- Poliomyélite

- Rage
- Rougeole
- Saturnisme de l'enfant mineur
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire collective
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus exanthématique

Source : <http://www.invs.sante.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/31-maladies-a-declaration-obligatoire>

Annexe 3 : Documents médicaux pouvant être délivrés par les médecins exerçant en milieu pénitentiaire

| | RÉFÉRENCES | NATURE DU DOCUMENT A PRODUIRE SELON CPP | IMPRIMÉS SPÉCIFIQUES | IMPRIMÉS JUSTICE | COMMENTAIRES |
|---|--|---|----------------------|--------------------------------------|---|
| DOCUMENTS (CERTIFICAT, ATTESTATION OU AVIS) REMIS À LA DEMANDE DE LA PERSONNE DÉTENU | | | | | |
| Accident du travail | D. 382 du CPP, D. 412-45 du CSS, D. 412-63 du CSS, D. 412-46 du CSS | Certificat en double exemplaire (1 victime, 1 chef d'établissement) pour consolidation idem | Imprimé Cerfa | | Voir annexe AT et MP en détention. |
| Maladie professionnelle | D. 382 du CPP, L. 441-5 du CSS, D. 412-71 du CSS | Certificat en triple exemplaire (1 victime, 1 CPAM, 1 inspecteur du travail) | Imprimé Cerfa | | La délivrance de certificats d'aptitude et d'inaptitude liés à un poste de travail ne relève pas de la compétence du médecin de l'unité sanitaire. |
| Arrêt de travail | art. R. 57-8-1 du CPP | Attestation d'inaptitude au travail pour raison médicale | | | |
| Activité sportive | art. R. 57-8-1 du CPP | Attestation relative à la pratique d'une activité sportive | | Pas de document spécifique | |
| Changement d'affectation ou modification ou aménagement du régime de détention | art. R. 57-8-1 du CPP | Avis | | Pas de document spécifique | |
| Suivi des personnes pour lesquelles une injonction de soins a été prononcée | art. 717-1 du CPP modifié par la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 - art. 7 et 763-1 du CPP modifié par la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 - art. 10 <i>et</i> Guide injonction de soins | Attestation | | | |
| Coups et blessures | art. 222-11,13,14 et 222-19-20 du Code pénal. | Certificat | | | |
| DOCUMENTS MÉDICAUX (CERTIFICAT, ATTESTATION OU AVIS) REMIS À LA DEMANDE DES AUTORITÉS PÉNITENTIAIRES (CPP) | | | | | |
| Dans le cadre de la procédure d'orientation | art. D. 74 et D. 382 du CPP | Avis | | Dossier d'orientation | |
| Levée d'une mesure de contrainte | D. 285-3 du CPP | Avis | | | |
| Dans le cadre de la procédure de prolongation d'une mesure d'isolement au-delà de 6 mois | art. R. 57-7-44 et R. 57-7-73 du CPP | Avis | | Dossier de procédure de prolongation | |
| DOCUMENTS MÉDICAUX (CERTIFICAT, ATTESTATION OU AVIS) À L'INITIATIVE DU MÉDECIN SUITE À DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES QUI LUI SONT SIGNALÉES (CPP) | | | | | |
| Suspension d'une mesure de placement au quartier disciplinaire | art. R. 57-7-31 et R. 57-8-1 du CPP | Avis | | | Visite du médecin au moins 2 fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. |
| Levée d'une mesure d'isolement | art. R. 57-7-43 et art. R. 57-8-1 du CPP | Avis | | | Visite du médecin au moins 2 fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. |
| Contre-indication à une extraction judiciaire | art. D. 292 du CPP | Certificat | | | Uniquement pour les personnes condamnées et les pathologies somatiques. |
| Suspension de peine pour raisons médicales | art. 720-1-1 du CPP | Certificat | | | Le certificat doit être rédigé par un médecin intervenant dans l'unité sanitaire. Il ne peut être rédigé par un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. |
| Hospitalisation psychiatrique sans consentement | art. L. 3214-1 et suivants du CSP et D. 998 du CPP | Certificat | | | |
| Séances et mauvais traitements | art. R. 4127-10 du CSP | Signalement administratif | | | Le signalement au chef de CPP doit se faire avec l'accord de la personne concernée. |

Source : Ministère de la Santé, Ministère de la Justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Dicom; 2012.

Annexe 4 : Grades et insignes des personnels de l'administration pénitentiaire

GRADES ET INSIGNES DES PERSONNELS DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

| | | |
|---|--|--|
|  Commandant pénitentiaire |  Insigne AP brodé |  Insigne ÉRIS |
|  Capitaine pénitentiaire |  Directeur de classe normale |  Directeur interrégional |
|  Lieutenant pénitentiaire |  Directeur stagiaire |  Directeur fonctionnel |
|  Major |  Élève directeur |  Directeur hors classe |
|  Premier surveillant |  Galon de coiffure élèves directeurs, directeurs stagiaires, directeurs de classe normale et hors classe | |
|  Surveillant brigadier |  Galon de coiffure directeurs interrégionaux et directeurs fonctionnels | |
|  Surveillant principal |  Insigne de coiffure |  Écusson de col |
|  Surveillant titulaire | | |
|  Surveillant stagiaire | | |


 MINISTÈRE DE LA JUSTICE

SC188 - juin 2007 - Imprimerie administrative de Mulhouse

Source : http://www.metiers.justice.gouv.fr/art_pix/affiches_insignes.pdf

Annexe 5 : Imprimé grève de la faim

ANNEXE I

IMPRIMÉ GRÈVE DE LA FAIM

COMpte-RENDU DE GRÈVE DE LA FAIM ET/OU DE LA SOIF¹

DISP _____

Nom de l'établissement _____

IDENTITÉ DE LA PERSONNE DÉTENUE

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Numéro d'écrou _____

Numéro de cellule _____

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

Personne détenue affectée : en détention normale au quartier disciplinaire au quartier d'isolement

refuse de s'alimenter depuis le : _____

refuse de boire depuis le : _____

Motif : _____

Remarques particulières : _____

Date : _____ Visa du chef d'établissement _____

Document transmis à l'unité sanitaire le : _____

CADRE RÉSERVÉ À L'UNITÉ SANITAIRE

Mise en place d'un suivi médical à compter du : _____

Mesures particulières sollicitées auprès de l'administration pénitentiaire : _____

hospitalisation surveillance spécifique

Date : _____ Visa du médecin _____

Document transmis à l'administration pénitentiaire le : _____

4 ANNEXES

Toute les arguments à communiquer à l'unité sanitaire lors de toute suspension de grève de la faim ou de la soif.

Source : Ministère de la Santé, Ministère de la Justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Dicom; 2012.

Annexe 6 : Escorte et garde de personnes détenues lors des extractions médicales ou d'hospitalisations

| | | Répartition des compétences | | |
|--|--|------------------------------|-------------------|------------------------|
| | | Administration pénitentiaire | Forces de l'ordre | Établissement de santé |
| Établissement de soin (hors UHSI) | Extraction médicale | | Renfort possible* | |
| | Extraction médicale - petites maisons d'arrêt (circulaire de 1963) | | | |
| | Hospitalisation | | | |
| UHSI | Transport aller et retour | | Renfort possible* | |
| | Escorte plateau technique | | Renfort possible* | |
| | Hospitalisation hors UHSI | (**) | | |
| UHSA | Transport aller en HO | Escorte pénitentiaire | Renfort possible* | |
| | Transport aller avec consentement en véhicule médicalisé | Escorte pénitentiaire | Renfort possible* | |
| | Transport aller avec consentement | | Renfort possible* | |
| | Transport retour | | Renfort possible* | |
| | Transport retour avec accompagnement médical | Escorte pénitentiaire | Renfort possible* | |
| | Escorte plateau technique | Escorte pénitentiaire | Renfort possible* | |
| | Hospitalisation hors UHSI (garde statique) | | | |
| Établissement de santé habilité à recevoir des personnes pour troubles mentaux | Transport aller | | Renfort possible* | |
| | Transport retour | | Renfort possible* | |
| | Extraction médicale | | Renfort possible* | |
| | Hospitalisation (garde statique) | | | |

*En fonction du profil de dangerosité de la personne détenue, une demande de renfort par les forces de l'ordre peut être demandée auprès de l'autorité préfectorale.

(**) Pour l'UHSI de Paris, les hospitalisations hors UHSI mais au sein de l'hôpital de rattachement La Pitié Salpêtrière sont, par exception locale, de la compétence des personnels pénitentiaires.

Source : Ministère de la Santé, Ministère de la Justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Dicom; 2012.

Annexe 7 : Grille d'évaluation du potentiel suicidaire

PREVENTION DU SUICIDE EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

Nom : _____ Etablissement : _____
 Prénom : _____ Sexe : _____ Ecrou : _____
 Date naissance : _____ Nationalité : _____ Date d'écrou à l'établissement : _____

| ① FACTEURS DE RISQUE JUDICIAIRES ET PENTENTIAIRES | | | | OUI | NON | NSP |
|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Infraction : atteinte aux personnes | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Situation : primaire | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incidents disciplinaires en détention | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rupture d'aménagement de peine ou de contrôle judiciaire | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evènement judiciaire | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Notice individuelle | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si mention particulière : préciser _____ | | | | | | |

| ② FACTEURS DE RISQUE FAMILIAUX, SOCIAUX ECONOMIQUES | | | | OUI | NON | NSP |
|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Perte d'emploi | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Porte de logement | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Situation irrégulière ITF-IDTF-IS | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absence de soutien | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eloignement familial | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rupture conjugale | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Placement récent des enfants* | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deuil récent d'un proche* | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perte / séparation dans l'enfance* | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maltraitance parentale, négligence, abus physique ou sexuel* | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ③ FACTEURS DE RISQUE SANITAIRES | | | | OUI | NON | NSP |
|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Antécédents de tentative(s) de suicide (TS) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents familiaux de suicide ou de TS | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Addictions (Alcool - tabac - médicaments psychotropes - drogues) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signale des antécédents psychiatriques | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents d'automutilations | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signale un problème de santé nécessitant des soins | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Handicap (moteur, neurologique, sensoriel,...) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ④ OBSERVATION-COMPORTEMENT | | | | OUI | NON | NSP |
|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Semble manifestation délirant | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Semble en état de choc psychique | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Semble dépressif | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparaît anxieux - triste - agressif (barrer la mention inutile) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déclare spontanément suicidaire | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ⑤ EVALUER L'URGENCE | | | | OUI | NON | NSP |
|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Souffrez-vous au point de penser à vous tuer ? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui : | | | | | | |
| Degrés d'urgence à déterminer : | | | | | | |
| 1- Flash, idées précises, brèves ou diffuses | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- Suicide envisagé comme possibilité | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- Idées fréquentes et quotidiennes | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- Solution principale | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- Acte dans un délai : | | | | | | |
| 5.1 >48h | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 < 48h | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 Immédiat ou en cours | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ⑥ MOYENS ENVISAGES (évaluation de la dangerosité) | | | | OUI | NON | NSP |
|---|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous pensé comment le faire ? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quel est le moyen envisagé : | | | | | | |
| Est-il immédiatement accessible ? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ⑦ MESURES A PRENDRE | | | | <48H | SEMANCE | >7JOURS |
|---|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| INDIQUER POUR CHACUNE LE DELAI SOUHAITABLE DE REALISATION < 48H, SEMAINE, > SEMAINE | | | | | | |
| Mise sous surveillance spéciale pour risque suicidaire | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Recommandations pour le placement en cellule | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contacts à prendre (préciser) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RDV unité de soins (UCSA, SMPR, autre) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entretien conseillé (préciser : avec qui) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Favoriser l'activité/travail | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fiche à transmettre
par les moyens les plus appropriés en cas d'urgence signalée

- Au chef de détention
- Au SPIP
- A l'UCSA et si besoin au SMPR
- Pour les arrivants : à la commission « arrivants » (si elle existe) qui transmet à la commission spécifique de prévention du suicide
- Dans les autres cas à la commission spécifique de prévention du suicide

Questionnaire rempli par : _____
 (Nom et qualité)

Le _____

NSP Ne sait pas
 * Remplir si l'entretien le permet

Source : Pratiques de Références Opérationnelles. Prévention du suicide. Axe thématique. Ministère de la Justice et des Libertés - ENAP; 2010.

AUTEUR : Nom : HEROGUEL **Prénom :** Perrine

Date de Soutenance : Jeudi 16 Octobre 2014

Titre de la Thèse : La place du surveillant pénitentiaire dans les soins dispensés aux personnes détenues en France

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : médecine en milieu pénitentiaire, prison, surveillant pénitentiaire, secret médical, éthique médicale, soins aux détenus

Résumé :

L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire est une pratique singulière qui se fait en présence quasi-constante du surveillant pénitentiaire. Ce dernier a une implication non négligeable dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues, et nous tentons dans ce travail de définir sa place dans les soins.

L'organisation du système de soins en prison a bénéficié de la loi du 18 janvier 1994 qui a confié la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées à l'hôpital public, donnant les moyens nécessaires à une qualité des soins optimale, et qui a permis de garantir le droit au secret médical à l'intérieur des établissements pénitentiaires français.

Le surveillant pénitentiaire, omniprésent dans le quotidien de la personne détenue et aux côtés du personnel soignant, est un tiers nécessaire entre les deux. Si le surveillant n'est pas présent pendant les soins, préservant le principe du colloque singulier, l'organisation des établissements pénitentiaires et la sécurité en leur sein font qu'il est l'élément indispensable de l'accès aux soins.

Mais, par leur mission de réinsertion et par bienveillance, ils tiennent une place plus particulière dans les soins dispensés aux personnes détenues.

Cette place justifie une communication constante entre l'administration pénitentiaire et les services de santé, sous forme d'un échange d'informations indispensable dans l'intérêt du patient, échange qui doit cependant respecter les valeurs éthiques médicales, les limites du secret médical, les missions de chacun et garantir l'indépendance des services de soins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN
Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE
Madame le Docteur Anne BECART

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Simon LIZAK