



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Mars 2025



ASPECTS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES DE LA MÉDECINE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

INTRODUCTION P. 3

LE SECRET PROFESSIONNEL

Fondements textuels	P. 7
Problématiques rencontrées	P. 8
Préconisations	P. 9

L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT

Fondements textuels	P. 11
Problématiques rencontrées	P. 11
Préconisations	P. 11

LA CONTINUITÉ DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE ET À LA SORTIE

Fondements textuels	P. 13
Difficultés rencontrées	P. 13
Préconisations	P. 13

LE DOSSIER MÉDICAL

Fondements textuels	P. 15
Problématiques rencontrées	P. 15
Préconisations	P. 15

LES CERTIFICATS MÉDICAUX

Fondements textuels	P. 17
Problématiques rencontrées	P. 17
Préconisations	P. 18

ANNEXES

Lexique	P. 20
Sources	P. 23
Cartes	P. 24

INTRODUCTION

À l'occasion des trente ans de la loi du 18 janvier 1994¹ visant à garantir aux personnes placées sous main de justice un même accès aux programmes de prévention et au système de soins que la population générale, l'Ordre des médecins a souhaité diffuser à destination des médecins des préconisations relatives aux aspects éthiques et déontologiques de la médecine en « milieu pénitentiaire ».

En effet, des médecins s'y trouvent confrontés aux exigences et au respect de la déontologie médicale, et doivent prendre en compte les spécificités inhérentes au milieu carcéral.

Historiquement, la loi de 1994 trouve son origine dans l'engagement de quelques médecins au cours des années 1970 puis d'une mobilisation collective soutenue par les membres du Haut Comité de la santé publique en 1993. En décembre 1972, le Dr Georges FULLY, médecin inspecteur général, et d'autres médecins exerçant également en milieu pénitentiaire ont remis au garde des Sceaux une « motion » rappelant leur indépendance professionnelle et leur volonté de respecter l'éthique et la déontologie médicale. Cette « motion » a pris fin le 10 septembre 1979, prenant la forme du serment professionnel d'Athènes « en accord avec l'esprit du serment d'Hippocrate »².

En juin 1979, le Conseil national de l'Ordre des médecins a inscrit un article 10 dans le code de déontologie médicale³, visant spécifiquement l'exercice de la médecine pour les personnes privées de liberté.

En 2021, le Conseil de l'Ordre des médecins a publié sur son site internet un rapport sur le sujet spécifique de la « *grève de la faim des personnes placées en lieu de privation de liberté Préconisations déontologiques* »⁴.

La loi de 1994 a transféré la charge des soins des patients détenus au ministère de la Santé. Ainsi, tous les établissements pénitentiaires ont eu à conclure une convention avec l'hôpital de secteur.

Au niveau ministériel, il existe actuellement une coordination entre la Santé et la Justice en fonction des sujets concernés, et un « comité interministériel santé-justice » a été instauré. Il existe également un relais régional santé-justice de coordination.

Depuis la loi de 1994, le soin est entré en prison avec un objectif d'équité, mais de grandes difficultés éthiques et déontologiques persistent pour les professionnels de santé dans leur exercice au quotidien. Les détenus doivent être pris en charge comme tout patient, sans discrimination, et bénéficier des mêmes mesures de prévention et de prestation de santé. Le médecin ne doit donc pas chercher à connaître les causes d'incarcération des détenus.

Or la pratique de la médecine en milieu pénitentiaire rencontre de graves obstacles liés aux conditions d'exercice : surpopulation, contraintes sécuritaires, sous-effectifs des personnels soignants. C'est dans ce paysage contraint que le médecin doit s'efforcer de mettre en œuvre les principes généraux d'éthique et de déontologie.

1. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale – Légifrance.

2. Référence : Serment médical d'Athènes.

3. Article R. 4127-10 du code de la santé publique – Légifrance.

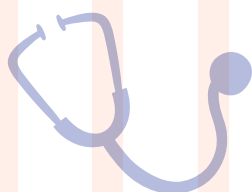
4. CNOM, « Grève de la faim des personnes placées en lieu de privation de liberté : préconisations déontologiques », juin 2021.

La section Éthique et Déontologie reçoit régulièrement des courriers de détenus, de familles de détenus et de praticiens exerçant auprès des patients détenus (PPSMJ). Les courriers concernent principalement les conditions d'exercice, l'accès aux soins, la préservation du secret médical, l'accès au dossier médical et la rédaction des attestations et certificats.

Les médecins sur le terrain témoignent fréquemment de grandes difficultés de prise en charge, notamment lorsqu'une consultation à l'hôpital est nécessaire et prévue, et que l'escorte peut être annulée jusqu'au dernier mo-

ment, indépendamment de leur fait, entraînant un défaut ou un retard de prise en charge du patient détenu.

Fort de ce constat, ce présent rapport est proposé. L'objectif principal est de guider le médecin dans le cadre de son exercice en milieu pénitentiaire en lui donnant des « clés pratiques » pour exercer son art dans le respect de la déontologie. Après une **présentation des fondements textuels, des spécificités liées au milieu carcéral et une identification des problématiques de terrain, nous proposerons des « préconisations » à l'usage des médecins.**



PRÉSENTATION DU MILIEU PÉNITENTIAIRE : UNE DISPARITÉ À L'ÉCHELON NATIONAL

Le milieu pénitentiaire français présente des réalités locales hétérogènes.

Les équipes pénitentiaires et de soins se partagent le terrain avec des missions différentes, tantôt vécues comme complémentaires, tantôt comme des freins. Chaque établissement pénitentiaire réalise un ou plusieurs protocoles avec un établissement public hospitalier (USMP/US, anciennement appelé UCSA). Ainsi, chaque établissement pénitentiaire bénéficie d'un « établissement de santé de rattachement ».

Les établissements pénitentiaires présentent des structures et organisations différentes. Les maisons d'arrêt (utilisées pour les détentions provisoires et les peines inférieures ou égales à deux ans et les fins de longues peines) sont à distinguer des maisons centrales, des centres de détention et des centres de semi-liberté (utilisés pour les peines définitives et les peines plus longues). Il existe également des lieux spécifiques de détention pour les mineurs (quartier pour mineurs dans les maisons d'arrêt et les établissements pénitentiaires pour mineurs) ou pour les femmes (quand elles ne disposent pas de quartiers spécifiques).

Dans certains cas, les soins somatiques et les soins psychiatriques ne sont pas dispensés par le même établissement hospitalier. Ainsi, un coordonnateur désigné permet d'assurer les liens entre ces deux structures. L'organisation des soins repose également sur différents niveaux de prise en charge : consultations, examens médicaux, hospitalisation à temps partiel ou à temps complet⁵.

Les intervenants en milieu pénitentiaire sont variés : des membres des SPIP (services pénitentiaires d'insertion et de probation), des services de la protection judiciaire de la jeunesse, ou bien des assistants de services sociaux. Concernant la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel, l'instauration des CRIAVS (centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles) constitue un appui indispensable pour les médecins exerçant en prison.

Les intervenants médicaux en milieu pénitentiaire sont placés sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'USMP.

Par ailleurs, le ministère de la Justice publie des statistiques sur la population détenue et écrouée⁶, reflet d'une croissance de la surpopulation.

Le CGLPL, dans son rapport d'activité 2023⁷, évalue à environ 35 000 les personnes écrouées hébergées en 1968 et à plus de 80 000 en 2022, et estime notamment que le taux d'occupation carcérale en quartier maison d'arrêt était de 239 % en date du 3 avril 2023.

Le rapport énonce qu'« *il n'est pas un seul des établissements visités qui ne souffre pas, avec plus ou moins d'intensité, de graves problèmes de recrutement de médecins psychiatres (jusqu'à 66 % dans un établissement), de médecins généralistes ou de personnels soignants* ».

De fait, l'accès aux soins en milieu pénitentiaire demeure insuffisant.

5. Page 142 du guide des ministères de la Santé et de la Justice.

6. Ministère de la Justice, « Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée », 2024.

7. CGLPL, rapport d'activité 2023.

1 LE SECRET PROFESSIONNEL

-
- 1 FONDEMENTS TEXTUELS
 - 2 PROBLÉMATIQUES
RENCONTRÉES
 - 3 PRÉCONISATIONS

FONDEMENTS TEXTUELS

LE SECRET DANS LES TEXTES ET DANS LA JURISPRUDENCE

Conformément à l'article 4 du code de déontologie médicale, le secret professionnel s'impose au médecin. Ce secret couvre tout ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

L'article 5 du même code rappelle que le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle. De plus, l'article L. 322-2 du code pénitentiaire précise : « *Ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu pénitentiaire ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale.* » C'est avec la loi du 18 janvier 1994⁸ qu'a été affirmée l'indépendance des unités sanitaires par rapport à l'administration pénitentiaire.

Si le respect du secret médical (devoir du médecin) s'impose au médecin par les dispositions de droit commun précitées, il est également prévu spécifiquement par le code pénitentiaire qui rappelle ce droit dû aux patients détenus⁹ et l'obligation pour l'administration pénitentiaire qui en incombe¹⁰.

LA NOTION DE PARTAGE ET D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

Dans le cas spécifique du milieu pénitentiaire se profile la nécessité d'une coopération entre les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire, dans le respect des pratiques et contraintes de chacun, sous-tendue par l'intérêt du patient détenu.

L'équipe de soins en milieu pénitentiaire comprend deux domaines médicaux : « le somatique » et le « psychiatrique », souvent situés dans des ailes distinctes de l'établissement pénitentiaire de rattachement.



La prise en charge des patients détenus comprend des membres professionnels de santé, et fait intervenir aussi des professionnels relevant du domaine social (SPIP) et médico-social. Il est impératif que le médecin apprenne à connaître les périmètres d'intervention des autres intervenants auprès des patients détenus.

Le médecin doit également faire connaître à ces professionnels ses propres obligations et devoirs, notamment en matière d'éthique et de déontologie.

En pratique, il serait souhaitable que le médecin puisse assister à des audiences du JAP (juge d'application des peines) et/ou faire des rondes avec les surveillants de jour et de nuit, par exemple.

De façon générale, la loi a prévu la possibilité d'échange d'informations entre professionnels de santé¹¹. Il convient de distinguer la notion d'échange et celle de partage d'informations :

- **L'échange** consiste pour un professionnel « émetteur » à communiquer des informations strictement nécessaires à un ou plusieurs professionnels « destinataires » clairement identifiés, qui sont fondés à connaître de telles informations, en respectant les conditions prévues par les textes.
- **Le partage** consiste à mettre à disposition de professionnels fondés à connaître les informations relatives à une même personne prise en charge celles qui leur sont nécessaires pour assurer leurs missions, en respectant les conditions prévues par les textes.

8. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale – Légifrance.

9. Article L. 322-4 du code pénitentiaire.

10. Article L. 322-3 du code pénitentiaire.

11. Article L. 1110-4 du code de la santé publique.

PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES

La jurisprudence a toutefois rappelé la nécessité de proportionner les mesures de sécurité avec le principe de confidentialité¹².

En effet, les règles inhérentes au respect du secret professionnel doivent s'appliquer en milieu pénitentiaire.

Le principe de la « confidentialité médicale » peut toutefois être mis à mal par des « mesures de sécurité adéquates ».

En vertu de fondements légaux et déontologiques, le médecin demeure indépendant de l'administration pénitentiaire et du juge dans l'exercice de sa profession.

En pratique, l'existence de deux services distincts entre la médecine dite « somatique » et la médecine dite « psychiatrique », qui ne partagent pas toujours les mêmes locaux (et sont parfois très éloignés géographiquement), a pour conséquence la constitution de deux dossiers médicaux pour un même patient détenu. La pluralité des intervenants en milieu pénitentiaire nécessite un principe de coordination, de coopération et d'échange des informations uniquement dans le cadre d'une prise en charge. Dans plusieurs établissements, des réunions hebdomadaires entre services médicaux différents sont organisées mais la séparation architecturale de ces services (ailes différentes) peut rendre difficile ce type de réunion de synthèse.

RÉUNIONS PLURIDISCIPLINAIRES

Comme évoqué dans le guide des ministères de la Justice et de la Santé : « *Le partage d'informations est organisé dans le cadre de procédures et d'outils formalisés au sein des commissions telles que la commission pluridisciplinaire unique (CPU), la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire (lorsque l'établissement accueille des personnes mineures), ou la commission santé (...). La loi de 1994 a mis en place la commission pluridisciplinaire unique (CPU) devant permettre, autour du parcours d'exécution de la peine, un partage des informations entre tous les intervenants auprès d'un détenu, subordonné au consentement du détenu (art. L. 1110-12 du code de la santé publique).* »

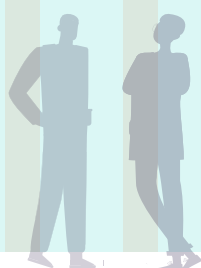
LES CPU (COMMISSIONS PLURIDISCIPLINAIRES UNIQUES)

sont indispensables, se réunissent régulièrement et visent à examiner « l'exécution de la peine ». Elles témoignent du besoin de transdisciplinarité en milieu carcéral.

Il est nécessaire de rappeler d'une part que les médecins exercent leur mission de soin et de prévention vis-à-vis des personnes détenues dans le respect des règles de déontologie et des droits des patients énoncés par le code de la santé publique et, d'autre part, que la loi impose à l'administration pénitentiaire de respecter le droit au secret médical des patients détenus, dans le respect des 3^e et 4^e alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique.

En conséquence, il ne peut être ni demandé aux médecins appelés d'assister à une réunion de la CPU, ni attendu de leur part qu'ils communiquent des informations sur la santé et/ou le suivi médical des patients détenus qu'ils prennent en charge.

12. CE, 15 octobre 2007, req. n° 281131.



PRÉCONISATIONS

PARTAGE AVEC LE SPIP (SERVICE PÉNITENTIAIRE D'INSERTION ET DE PROBATION)

Dans le cas spécifique du secret partagé entre les soignants et les « **professionnels du secteur social et médico-social** », le décret du 20 juillet 2016¹³ précise que ces professionnels peuvent « *échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :*

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

De plus, en vue de ce partage d'informations, « *la personne est dûment informée de son **droit d'exercer une opposition** à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à **tout moment** ».*

Le décret précise également les catégories de professionnels concernées. Parmi eux figurent les SPIP.

13. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

PARTAGE AVEC L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

L'article L. 6141-5 du code de la santé publique énonce : « *Dès lors qu'il existe **un risque sérieux** pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article – établissements publics de santé spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté –, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont **tenus de le signaler** dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection.*

Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. »

Ainsi, pour des raisons de sécurité, la loi encadre strictement la possibilité de l'échange entre les soignants et l'administration pénitentiaire.

→ Le médecin doit **veiller** à la « confidentialité médicale » lors des consultations et examens médicaux. Rien ne peut le contraindre à accepter la présence d'un surveillant lors d'une consultation. Cependant, il doit prendre en compte les mesures de sécurité adéquates (personnalité du détenu, dangers de fuite ou d'agression contre lui-même ou des tiers).

→ Le médecin doit **échanger** avec les autres professionnels (autres professionnels de santé, des secteurs sociaux et médico-sociaux et du SPIP) intervenant auprès des patients détenus les informations strictement nécessaires, dans le cadre de la prise en charge de chaque patient détenu et après avoir obtenu son accord.

→ Le médecin peut **échanger ou partager** avec le SPIP les seules informations strictement nécessaires à la prise en charge du patient détenu, à condition de l'avoir informé de son droit d'exercer son opposition à tout moment.

→ Le médecin doit **apprendre** à connaître les périmètres d'intervention des autres intervenants et leur faire connaître ses obligations et devoirs.

→ Le médecin, lors des réunions pluridisciplinaires uniques, dont les CPU, **ne peut pas communiquer** des informations concernant l'état de santé ou le suivi médical des patients détenus qu'il prend en charge.

→ Le médecin **est tenu de signaler** à l'administration pénitentiaire, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection, dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein de l'établissement pénitentiaire.

→ Le médecin doit, avec l'accord du patient détenu, **signaler au procureur de la République** s'il a constaté l'existence de sévices ou de mauvais traitements. Son accord n'est pas nécessaire s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.



L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT

-
- 1 FONDEMENTS TEXTUELS
 - 2 PROBLÉMATIQUES
RENCONTRÉES
 - 3 PRÉCONISATIONS

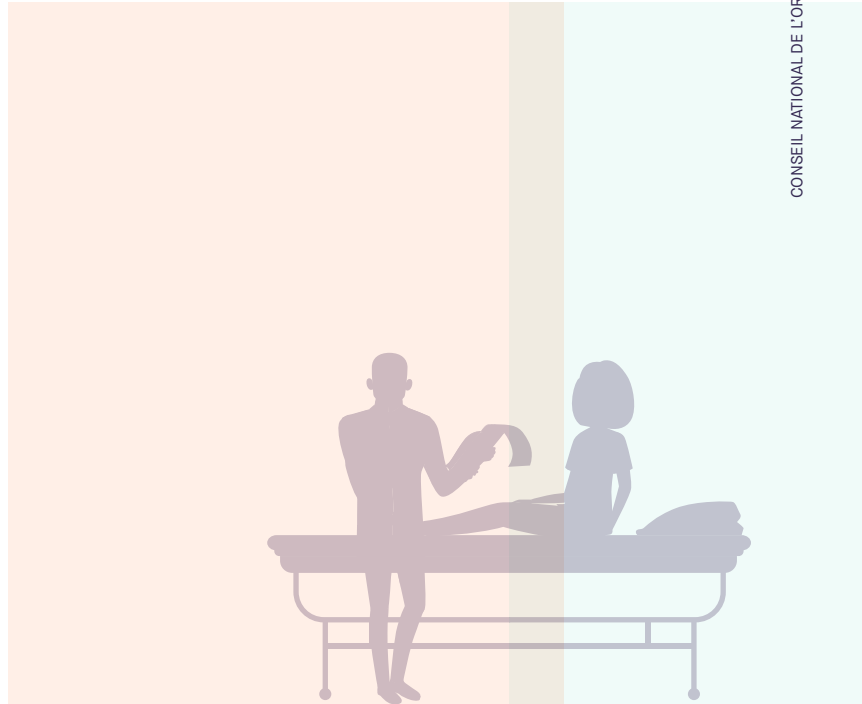
FONDEMENTS TEXTUELS

Conformément aux articles 35 et 36 du code de déontologie médicale, le médecin doit une information loyale, claire et appropriée à la personne qu'il examine, soigne ou conseille sur son état, sur les investigations et soins qu'il propose. Son consentement doit être recherché dans tous les cas.

L'article 10 du même code précise que le médecin qui examine ou donne des soins à une personne privée de liberté ne peut, directement ou indirectement, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

Si le médecin constate qu'elle a subi des sévices ou mauvais traitements, il doit, avec son accord, en informer l'autorité judiciaire. Cet accord n'est pas nécessaire s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, conformément à l'article 44 du code de déontologie médicale.

Ainsi, le médecin qui signale l'existence de sévices ou de mauvais traitements au procureur de la République en informe le patient détenu et lui donne un double des documents établis. Le médecin informe également le chef d'établissement avec l'accord de la personne détenue.



PRÉCONISATIONS

PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES

Concernant la question du choix du médecin, il convient notamment de souligner que les détenus n'ont, en principe, pas le choix de leur médecin, à moins d'avoir une autorisation exceptionnelle du directeur interrégional, rarement délivrée¹⁴. En pratique, la demande de soins formulée par le détenu se fait par la remise d'un écrit dans une boîte aux lettres dédiée, relevée par les infirmiers.

14. Article R. 322-1 du code pénitentiaire.

- Le médecin doit **s'assurer du consentement** du détenu avant toute consultation ou téléconsultation.
- Le médecin doit **une information** loyale, claire et appropriée au patient détenu dans le cadre de la prise en charge médicale.
- Le médecin doit **obtenir le consentement** du patient détenu préalablement à chaque préconisation médicale.
- Le médecin doit **informer le patient détenu** des conséquences judiciaires de son refus ou de l'absence de suivi régulier en cas d'un prononcé « d'injonction thérapeutique » ou « d'obligation de soins ».
- Le médecin doit **informer le patient détenu** avant sa sortie des démarches nécessaires afin d'obtenir son dossier médical complet.

LA CONTINUITÉ DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE ET À LA SORTIE

-
- 1 FONDEMENTS TEXTUELS
 - 2 DIFFICULTÉS
RENCONTRÉES
 - 3 PRÉCONISATIONS

FONDEMENTS TEXTUELS

Conformément à l'article 47 du code de déontologie, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

En pratique, l'accès aux soins se fait par une demande écrite du détenu déposée dans une boîte aux lettres prévue à cet effet et relevée par les infirmiers.

Durant son incarcération, le patient détenu peut être amené à changer d'établissement. Les informations médicales le concernant doivent être transmises au responsable médical de l'unité sanitaire du nouvel établissement. L'établissement hospitalier de l'USMP d'origine conserve l'original.

L'article L. 322-7 du code pénitentiaire prévoit qu'une visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération.

En outre, le code de procédure pénale¹⁵ prévoit que si la surveillance judiciaire comporte une injonction de soins, le juge désigne, avant la libération, le médecin coordonnateur afin que le choix du médecin traitant puisse, sauf impossibilité, intervenir avant cette libération. Pour ce faire, le patient détenu peut bénéficier de permissions de sortie ou d'autorisations de sortie sous escorte pour rencontrer le médecin coordonnateur et son médecin traitant.

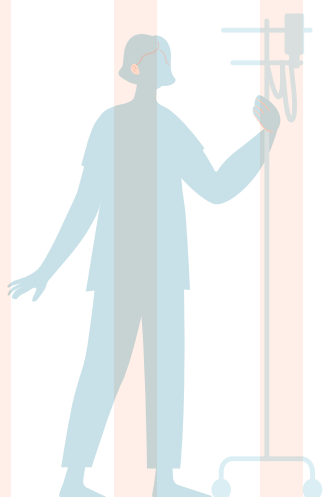
DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Les médecins de terrain témoignent que lorsqu'une consultation nécessaire à l'hôpital est prévue, l'escorte peut être annulée jusqu'au dernier moment. Ceci entraîne très fréquemment un défaut ou retard de prise en charge du patient détenu.

En matière psychiatrique, il est difficile d'obtenir des rendez-vous dans les centres médico-psychologiques dans des délais raisonnables. La mise en place des EMOT (équipes mobiles transitionnelles) peut permettre un accompagnement facilitant la continuité de la prise en charge des troubles psychiatriques sévères. Par ailleurs, les médecins ne sont pas toujours informés en amont de la sortie des patients détenus, mettant en péril la continuité des soins.

PRÉCONISATIONS

- Le médecin doit, quand cela est possible, **remettre à chaque patient détenu** son dossier médical, les ordonnances nécessaires et les lettres de liaison au moment de la sortie ou de son transfert vers un autre établissement.
- Le médecin doit **transmettre ces éléments médicaux** au médecin désigné par le patient détenu à sa demande.
- Le médecin peut, pour pallier le fait qu'il n'a pas toujours l'information du moment de la sortie, **informer en amont** le patient détenu qu'il pourra contacter le numéro indiqué sur les ordonnances afin de recevoir le dossier médical et anticiper avec lui la continuité des soins à l'extérieur.



15. Article D. 147-40-1 du code de procédure pénale.



LE DOSSIER MÉDICAL

-
- 1 FONDEMENTS TEXTUELS
 - 2 PROBLÉMATIQUES
RENCONTRÉES
 - 3 PRÉCONISATIONS

FONDEMENTS TEXTUELS

Conformément aux dispositions des articles 45 du code de déontologie médicale et L. 1111-7 du code de la santé publique, il appartient au médecin de tenir un dossier médical pour chaque patient, qui peut y accéder sur place ou par envoi de copie, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin. Les informations médicales peuvent être transmises aux médecins qui participent à la prise en charge, avec le consentement du patient.

Le dossier médical du patient détenu est constitué à son entrée dans un établissement pénitentiaire par le service médical de l'établissement de santé correspondant (USMP) qui en assure la conservation et l'archivage dans les conditions prévues à l'article R. 1112-7 du code de la santé publique.

L'article L. 322-5 du code pénitentiaire prévoit qu'un dossier médical électronique unique est constitué pour chaque personne détenue.

En pratique, l'existence de différents dossiers médicaux pourra rendre plus difficile l'accès à la totalité des informations médicales le concernant pour le patient détenu. Il est important de lui faire savoir comment obtenir l'ensemble de son dossier médical.

PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES

Dans certains établissements pénitentiaires, deux dossiers médicaux sont établis (dossier somatique et dossier psychiatrique), notamment lorsque les établissements hospitaliers sont différents ou que les services sont éloignés du fait de la structure des bâtiments. Dès lors, il peut y avoir une absence d'interconnexion informatique. En pratique, le dossier psychiatrique est souvent sous format papier.

Concrètement, l'existence de différents dossiers médicaux pourra rendre plus difficile pour le patient détenu l'accès à la totalité des informations médicales le concernant. Il est important de lui faire savoir comment obtenir les éléments manquants.

PRÉCONISATIONS

→ Le médecin doit **assurer**, dans les meilleures conditions de **sécurisation**, la tenue du **dossier médical**, qui est encore parfois non informatisé.

→ Le médecin doit **tenir à jour** le dossier médical de chaque patient détenu pris en charge et en assurer la sécurisation, la conservation des dossiers médicaux étant sous la responsabilité du centre hospitalier de référence.

→ Le médecin doit **informer** le patient détenu du **nombre de dossiers médicaux** (somatiques, psychiatriques...) constitués pendant son incarcération et lui faire savoir comment les obtenir.

→ Le médecin doit, à la demande du patient détenu, remettre le **dossier médical** à son **avocat**. Il doit remettre le dossier à un tiers s'il présente un **mandat signé** par le détenu.

→ Le médecin peut renseigner « **Mon espace santé** » avec l'accord du patient détenu ou à sa demande.

→ Le médecin doit s'assurer du respect des modalités de **confidentialité**, lorsqu'il remet au patient détenu les éléments médicaux le concernant, lors de son **transfert** vers un autre établissement pénitentiaire, un établissement hospitalier ou un lieu de consultation externe.



LES CERTIFICATS MÉDICAUX

-
- 1 FONDEMENTS TEXTUELS
 - 2 PROBLÉMATIQUES
RENCONTRÉES
 - 3 PRÉCONISATIONS

FONDEMENTS TEXTUELS

Conformément à l'article 76 du code de déontologie médicale, le médecin établit des certificats et attestations dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Ceux-ci doivent être conformes aux constatations médicales.

LES CERTIFICATS OBLIGATOIRES

Le code pénitentiaire¹⁶ précise que les médecins intervenant dans les unités sanitaires ou les secteurs de psychiatrie délivrent les certificats et attestations relatifs à l'état de santé de la personne détenue, sous réserve de son accord exprès, à sa famille ou à son conseil.

Il s'agit par exemple des certificats pour coups et blessures, ou encore des documents indispensables pour bénéficier des avantages reconnus par la sécurité sociale : arrêts de travail, accidents de travail, maladies professionnelles.

Il peut s'agir d'attestations écrites délivrées aux autorités pénitentiaires, nécessaires à l'orientation du patient détenu dans la structure pénitentiaire, ou à la modification ou à l'aménagement du régime pénitentiaire justifiés par son état de santé.

Des attestations doivent être remises au juge d'application des peines, notamment les attestations de suivi dans le cadre d'une obligation de soins.

LES CERTIFICATS ACCESSOIRES

Le médecin est aussi amené à établir des certificats qui ne sont pas prévus par les textes mais utiles aux patients détenus, à leur demande, par exemple :

- Un certificat précisant les pathologies dont le patient détenu est atteint qui pourrait lui servir dans le cadre d'un procès,
- Un certificat indiquant des aménagements nécessaires du fait d'un handicap afin qu'il l'adresse au directeur d'établissement,
- Un certificat médical indiquant la nécessité de douches supplémentaires du fait d'une pathologie particulière.

L'administration pénitentiaire se rapproche souvent du médecin pour des demandes qui ne sont pas prévues par les textes, par exemple pour attester de la non-compatibilité de l'état de santé du détenu avec sa mise en isolement. En l'absence de texte spécifique, le médecin appréciera s'il y a lieu ou non de délivrer le certificat demandé et rejettera les demandes indues ou abusives.

PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES

L'article L. 412-47 du code pénitentiaire est une nouvelle disposition qui a été introduite par l'ordonnance n° 2022-1336 du 19 octobre 2022 relative aux droits sociaux des personnes détenues et prévoit : « *Toute personne détenue exerçant une activité de travail bénéficie d'un suivi individuel de son état de santé, assuré par les médecins des unités des établissements de santé mentionnés à l'article L. 115-2 et, sous l'autorité de ces médecins et dans la limite des compétences prévues pour ces professionnels par le code de la santé publique, les infirmiers et les internes désignés de ces unités.*

Ce suivi comprend une visite d'information et de prévention effectuée dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. »

Cette disposition et son décret d'application, publié le 8 juillet 2024, soulèvent plusieurs difficultés, notamment sur :

- Le respect des dispositions de l'article 100 du code de déontologie médicale sur le non-cumul des rôles de prévention et de soins à l'égard du même patient,
 - L'obligation pour le médecin d'assurer ce rôle de prévention dans le cadre de ses fonctions,
 - L'insuffisance de la formation pour exercer une partie importante de la médecine du travail.
- Pour ces raisons, le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé d'intervenir dans un recours en annulation porté par l'APSEP à l'encontre du décret d'application.

Le médecin des USMP rencontre une autre difficulté quand il reçoit une réquisition le sollicitant pour effectuer des examens ou répondre à une demande s'apparentant à une expertise. Le médecin ne peut accepter de répondre à ce type de demandes au risque de manquer au respect des dispositions de l'article 105 du code de déontologie médicale qui interdit le cumul du rôle de médecin expert et de médecin traitant.

16. Article D. 115-25 du code pénitentiaire.

PRÉCONISATIONS

- Le médecin doit **rédiger** des certificats conformes aux **constatations médicales** qu'il a pu faire.
- Le médecin doit **répondre** aux demandes de certificats dits **obligatoires** prévus par les textes législatifs et réglementaires.
- Le médecin peut être amené à **rédiger** d'autres certificats s'il estime qu'ils seront produits dans **l'intérêt** du patient détenu et à sa demande.
- Le médecin doit **remettre** tant à l'administration pénitentiaire qu'au **JAP** (juge d'application des peines) des attestations en mentionnant uniquement le **strict nécessaire**, sans indiquer d'éléments diagnostiques.
- Le médecin **prenant en charge** un patient détenu ne peut **pas répondre** à une **réquisition** pour effectuer des examens ou répondre à une demande **s'apparentant à une expertise** le concernant.
- Le médecin peut, **s'il l'estime nécessaire**, remettre au directeur de l'établissement une « **fiche de préconisations** » pour la **vie en détention** de la personne qu'il prend en charge.
- Les médecins doivent s'organiser, dans la mesure du possible, pour que le médecin qui assure le **rôle de prévention** prévu par l'article L. 412-47 du code pénitentiaire ne soit pas celui qui assure la prise en charge médicale du patient détenu.

CONCLUSION

En définitive, l'**attractivité** de l'exercice en milieu pénitentiaire semble se faire de plus en plus par l'option d'un **exercice en temps partagé**. Le centre hospitalier de référence permet aux médecins d'exercer une activité partielle dans l'un des services hospitaliers (urgences, médecine interne, psychiatrie...), et l'autre au sein du service médical pénitentiaire.

L'OIP¹⁷, dans un rapport récent établi pour les soins somatiques en prison, pointe « *une offre de soins réduite d'abord : les besoins en personnel, en plus d'être sous-évalués, sont insuffisamment pourvus, faute d'attractivité des postes mais aussi de volontarisme des autorités de santé, dont les priorités vont parfois ailleurs. S'y ajoutent des conditions matérielles difficiles pour les soignants comme pour leurs patients : locaux inadaptés et mal équipés, contraintes logistiques liées à l'univers carcéral, logiques sécuritaires qui mettent à mal la prise en charge et le suivi médical...* ».

L'**ouverture de stages universitaires** qui permettraient à des étudiants de connaître l'exercice médical en milieu pénitentiaire est une piste méritant d'être explorée.

Depuis la réforme des soins dans le milieu pénitentiaire, le service public hospitalier de rattachement s'est vu confier l'ensemble de la

prise en charge, garantissant ainsi l'indépendance du médecin par rapport à l'administration pénitentiaire.

Les médecins de terrain témoignent que l'administration pénitentiaire est davantage sensibilisée à faire intervenir des médecins spécialistes, limitant ainsi le nombre d'extractions médicales en faisant entrer du matériel médical indispensable dans les prisons.

Par ailleurs, il semble opportun que soit créé au sein de chaque établissement pénitentiaire un **comité éthique** permettant des échanges pluridisciplinaires.

Les médecins que nous avons rencontrés sont passionnés par leur métier en raison de la diversité de leur exercice. En effet, le médecin qui exerce en milieu pénitentiaire bénéficie d'une approche par des rapports humains pouvant offrir une porte d'entrée aux soins, à la prévention et à la « *postvention* ». La prise en charge globale de la personne détenue se fait aussi par un travail en coopération avec la justice, les services sociaux et les services pénitentiaires.

17. Rapport OIP, « Dignité en prison », juin 2022.

AP – ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

L'organisation de l'administration pénitentiaire repose sur :

- une direction centrale,
- neuf directions interrégionales et une direction des services pénitentiaires d'outre-mer,
- 186 établissements pénitentiaires,
- 103 services pénitentiaires d'insertion et de probation,
- le service national du renseignement pénitentiaire,
- l'École nationale d'administration pénitentiaire, chargée de la formation des personnels pénitentiaires.

APSEP – ASSOCIATION DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN PRISON

Association loi 1901, créée en 1997 après la mise en place des UCSA (aujourd'hui USMP), elle se donne pour mission « d'assurer et de promouvoir l'échange d'informations, les réflexions sur des problématiques liées à leur exercice et la formation de tout professionnel de santé exerçant en milieu pénitentiaire ».

ASPMP – ASSOCIATION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Association loi 1901, elle a pour objectif de développer le fonctionnement institutionnel, la recherche théorique et pratique dans le domaine de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Elle se caractérise comme étant « un lieu d'expression de tout professionnel de santé exerçant en milieu carcéral ».

CD – CENTRES DE DÉTENTION

Ils accueillent des détenus condamnés à des peines supérieures à deux ans. Dans les centres de détention, les détenus sont libres de circuler le jour, peuvent travailler, suivre une formation ou un enseignement, exercer des activités socio-éducatives, culturelles ou sportives mais sont isolés en cellule la nuit. L'objectif est « de permettre aux condamnés de conserver ou de développer leurs aptitudes intellectuelles, psychologiques et physiques pour préparer leur réinsertion ultérieure ».

L'objectif principal est de les préparer à leur libération (article D. 112-19 du code pénitentiaire) et à la réinsertion sociale.

CSL – CENTRES DE SEMI-LIBERTÉ

Ils reçoivent des condamnés admis au régime de la semi-liberté ou du placement à l'extérieur.

CGLPL – CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ

Une autorité indépendante qui a pour mission de :

- « s'assurer que **les droits intangibles inhérents à la dignité humaine sont respectés**,
- s'assurer qu'un **juste équilibre** entre le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté et les considérations d'ordre public et de sécurité est établi,
- mais aussi et surtout **prévenir toute violation de leurs droits fondamentaux** ».

CPU – COMMISSIONS PLURIDISCIPLINAIRES UNIQUES

Au sein des établissements pénitentiaires, ces commissions réunissent les différents professionnels (services médicaux, SPIP, responsables du travail et de l'enseignement) afin d'échanger sur les situations d'une personne détenue.

CRA – CENTRES DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE

Lieux où sont placés les étrangers en situation irrégulière en attente de leur expulsion du territoire français. Ces centres sont placés sous la responsabilité du préfet territorialement compétent (ou, à Paris, du préfet de police) qui désigne le chef du centre. Les centres disposent également d'unités médicales pour assurer la prise en charge sanitaire des personnes retenues.

CRIAVS – CENTRES RESSOURCES POUR LES INTERVENANTS AUPRÈS DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

Structures de service public placées sous la responsabilité du ministère des Solidarités et de

la Santé et rattachées aux établissements de santé, composées d'équipes pluridisciplinaires (*majoritairement de professionnels de la santé mentale*). Les missions sont organisées localement en fonction des besoins et des moyens des territoires, et ont pour objectif d'apporter un soutien et un recours aux professionnels afin d'améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

CSAPA – CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE

Ils accompagnent les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives. Ils peuvent porter des dispositifs de soin résidentiel ou collectif.

DAP – DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

La direction de l'administration pénitentiaire dépend du ministère de la Justice. Elle pilote la politique de prise en charge des personnes placées sous main de justice en détention et en milieu ouvert. Elle met en place l'exécution des peines et contribue à la réinsertion des personnes condamnées.

La direction de l'administration pénitentiaire a une double mission : de **surveillance** ainsi que de **prévention de la récidive**.

EP – ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Établissements mixtes regroupant différents « quartiers » tels que les centres pénitentiaires, les maisons d'arrêt et les quartiers maison d'arrêt, les centres de détention et les quartiers centre de détention, les maisons centrales et les quartiers maison centrale, les centres de semi-liberté et les quartiers de semi-liberté, les structures d'accompagnement vers la sortie. Chacun est régi par un article spécifique du code pénitentiaire.

À noter : il existe également **certaines établissements pénitentiaires spécialement conçus pour les mineurs**, régis par des règles spécifiques issues du code de la justice pénale des mineurs, ainsi que **des établissements réservés**

spécifiquement aux femmes.

Leur répartition est variable sur le territoire national.

MA – MAISON D'ARRÊT

Un établissement pénitentiaire destiné à accueillir les personnes en détention provisoire et celles condamnées à de courtes peines.

MC – MAISON CENTRALE

Elle héberge les détenus condamnés aux peines les plus longues et dans lesquelles sont mis en place une organisation et un régime de sécurité renforcée.

MP – MILIEU PÉNITENTIAIRE

Il désigne l'ensemble des établissements de détention où sont incarcérées les personnes en attente de jugement ou condamnées.

Parmi les différents établissements de détention sont répertoriés les centres pénitentiaires, les maisons d'arrêt et les quartiers maison d'arrêt, les centres de détention et les quartiers centre de détention, les maisons centrales et les quartiers maison centrale, les centres de semi-liberté et les quartiers de semi-liberté, et les structures d'accompagnement vers la sortie.

PPSMJ – PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

Cela désigne les personnes faisant l'objet de restriction ou de privation de liberté par décision de justice.

QER – QUARTIERS D'ÉVALUATION DE LA RADICALISATION

Mis en place en 2016, ce sont des unités de regroupement temporaire de détenus poursuivis pour des faits de terrorisme ou de droit commun suspectés de radicalisation, incarcérés dans ces unités hautement sécuritaires pour être évalués par une série de professionnels (magistrats, médecins, éducateurs, préfetures, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, policiers, gendarmes, ARS, psychologues, assistantes sociales...).

UHSA – UNITÉS HOSPITALIÈRES SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉES

Créées en 2002, ce sont des unités de soins qui accueillent des patients détenus des deux sexes, mineurs et majeurs, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation avec ou sans leur consentement. Elles sont toutes implantées dans des établissements publics de santé mentale et enserrées par une enceinte pénitentiaire.

UHSI – UNITÉS HOSPITALIÈRES SÉCURISÉES INTERRÉGIONALES

Structures prenant en charge des hospitalisations de courte durée (hors urgences) de patients détenus majeurs ou mineurs, en harmonisant la qualité des soins et la présence des escortes et des gardes.

UMD – UNITÉS POUR MALADIES DIFFICILES

Elles accueillent des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières.

USMP – UNITÉ SANITAIRE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

(ex-UCSA) C'est une unité médicale au sein des établissements pénitentiaires français qui est chargée de la prise en charge sanitaire et de l'organisation des soins des personnes détenues.

SMPR – SERVICE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE RÉGIONAL

C'est une unité de soins en santé mentale au sein d'un établissement pénitentiaire en France, rattaché à un établissement de santé. Le SMPR est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement. Ses missions sont notamment le dépistage, les soins médico-psychologiques, la prévention et la prise en charge des addictions. Le SMPR assure une mission régionale de coordination et d'information auprès des unités sanitaires des autres lieux de détention de la région.

SPIP – SERVICES PÉNITENTIAIRES D'INSERTION ET DE PROBATION

Créés en 1999 et placés sous l'autorité du garde des Sceaux, leur mission principale est de prévenir la récidive et de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle, en coordonnant l'action des différents partenaires de l'administration pénitentiaire. En milieu fermé, les SPIP sont situés au sein de l'établissement pénitentiaire, et les personnels (*CPIP : conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation*) agissent en lien avec le personnel de surveillance et le personnel de direction.

SOURCES

- Site du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités et des Familles – Août 2024 : « Les droits des personnes détenues »
- Santé Prison – APSEP – Association des professionnels de santé exerçant en prison
- La liste des établissements pénitentiaires et quartiers de centres pénitentiaires | Outils de l'aménagement
- Observatoire International des Prisons – Section française (OIP-SF)
- Établissement pénitentiaire : Code pénitentiaire art. R. 112-15 à D. 112-34
- Maison d'arrêt : Code de procédure pénale : art. 714 ; Code pénitentiaire : art. L. 112-3, art. L. 211-1 et art. L. 211-2
- Maison centrale : Code pénitentiaire : art. D. 112-18
- UHSA : Arrêté du 20 juillet 2010
- UHSI : Arrêté du 20 août 2000
- USMP : Loi du 18 juillet 1994 ; Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 ; Circulaire du 8 décembre 1994 ; Code pénitentiaire : sous-section 1 : unités sanitaires (articles D. 115-3 à D. 115-11) – Légifrance
- SPIP : Code de procédure pénale : art. D. 572 à D. 583

CARTE RÉGIONALE DU MAILLAGE – DÉCEMBRE 2023

Consulter : [Carte nationale de l'administration pénitentiaire](#)

Source : site du ministère de la Justice

CARTE INTERACTIVE DES CRIAVS MISE À JOUR

Consulter : [Site internet de la Fédération française des CRIAVS](#)

Source : Site internet de la Fédération française des CRIAVS

Carte des CRIAVS



REMERCIEMENTS

Le groupe de réflexion « Médecine en milieu pénitentiaire », sous la direction de la section Éthique et Déontologie, souhaite remercier les personnes ayant participé à la rédaction et à l'élaboration de ce rapport.

Sous le pilotage des :

Dr Patricia ESCOBEDO, vice-présidente de la section Éthique et Déontologie

Dr Anne-Marie TRARIEUX, présidente de la section Éthique et Déontologie

Membres du groupe de réflexion :

Dr Sonny GENE, conseiller ordinal

Dr Bruno MELLET, conseiller ordinal

Ainsi que :

Mme Caroline HERON, responsable de la section Éthique et Déontologie

Mme Emmanuelle BAKOWIEZ, conseillère juridique de la section Éthique et Déontologie

Mme Marie de CORDOÛE, conseillère juridique de la section Éthique et Déontologie

Mme Joëlle OZIER-LAFONTAINE, secrétaire de la section Éthique et Déontologie

Enfin, l'ensemble des collaborateurs, associations et acteurs du milieu pénitentiaire qui ont accepté de partager leurs analyses et leurs expériences, dont :

Mme Dominique SIMMONOT, contrôleure générale des lieux de privation de liberté

Mme Claire HEDON, Défenseuse des droits

M. Loïc RICOUR, chef du Pôle santé et médico-social auprès du Défenseur des Droits

Dr Patrick PETON, médecin vacataire au sein du Pôle santé et médico-social auprès du Défenseur des Droits

Dr Anne LECU, praticienne hospitalière UCSA – Centre hospitalier Sud Francilien

Dr Anne-Hélène MONCANY, psychiatre, cheffe du pôle de psychiatrie légale et conduite MS addictives en milieu pénitentiaire, CH Marchant, Toulouse, présidente de la FFCRIAVS

Dr Béatrice Carton, présidente de l'APSEP (Association de professionnels de santé exerçant en prison)

Dr Valérie KANOUI, vice-présidente de l'APSEP

Dr Pierrick POLLION, chef de service de l'unité de soins somatiques du centre pénitentiaire de Baie-Mahault en Guadeloupe

M. Morgan DONAZ-PERNIER, vice-président chargé de l'application des peines, coordonnateur par intérim du service de l'application des peines, tribunal judiciaire de Marseille

Me DELBOS, ancien magistrat, membre du CPT, président du comité prison de la Fondation de France

Dr Barbara THOMAZEAU, psychiatre praticienne hospitalière

Dr Sophie DESMEDT-VELASTEGUI, conseillère ordinale, praticienne hospitalière



Conseil national de l'Ordre des médecins

4 rue Léon Jost
75855 Paris Cedex 17
01 53 89 32 00

www.conseil-national.medecin.fr



@ordre_medecins



Conseil national de l'Ordre des médecins



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre