

**UNIVERSITE RENE DESCARTES
(PARIS V)**

**CERTIFICAT
« Éthique, déontologie et responsabilités médicales »**

Directeur : Pr. Christian Hervé

Promotion : 2003-2004

Titre du mémoire :

**ACTIVITE MEDICALE AU QUARTIER
DISCIPLINAIRE ET
ETABLISSEMENT DE CERTIFICATS
MEDICAUX**

**Présenté par : Benoît Champigneulle
Elise de Monès**

Directrice de mémoire : Dr. Isabelle Fauriel

*« La prison est une blessure pour les corps, pour les esprits ;
aucun texte ne lui fait injonction d'être le mouvoir des espoirs »*

Yves Simon

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le **Professeur Hervé** et le **Docteur Moutel**, pour l'enseignement qu'ils nous ont permis de recevoir, dans le cadre de ce certificat de maîtrise.

Merci au **Docteur Isabelle Fauriel**, pour l'aide qu'elle nous a apportée lors de notre travail.

Merci au **Docteur Luc Montuclard** pour son aide dans l'élaboration de notre questionnaire.

Merci à **Brieuc Gales** pour son soutien et ses conseils.

Merci à **tous les médecins**, qui ont accepté de prendre un peu de leur temps pour répondre à nos questions.

PLAN

- Introduction

- Méthodologie

1. Analyse bibliographique sur la médecine en prison et le quartier disciplinaire

1.1 La médecine en prison

1.1.1 Médecine générale

1.1.2 L'UCSA

1.1.3 Le rôle du médecin

1.1.4 Le secret médical

1.1.5 Le dossier médical

1.1.6 Le consentement

1.2 Organisation du quartier disciplinaire

1.2.1 Définition du quartier disciplinaire

1.2.2 La commission de discipline, le prétoire

1.2.3 Les fautes qui induisent des sanctions disciplinaires

1.2.4 La procédure disciplinaire : la prison dans la prison

1.2.5 Les conditions de détention au « mitard »

1.2.6 Le suicide au quartier disciplinaire

1.3 L'activité médicale au quartier disciplinaire

1.3.1 La loi

1.3.2 Le rôle du médecin

1.3.3 Les certificats médicaux

1.4 Comparaisons et recommandations

1.4.1 Comparaison de la France avec l'Europe

1.4.2 Les évolutions en vue et les recommandations

2. Questionnaire

2.1 Présentation du travail effectué

2.1.1 Le questionnaire

2.1.2 Mode d'interrogatoire

2.1.3 Difficultés rencontrées

2.1.4 Choix de la méthode d'analyse des résultats

2.2 Résultats bruts

2.3 Discussion et analyse

2.3.1 Critique de la méthodologie

2.3.2 Fonctionnement général du QD

2.3.3 Pratique médicale au QD

2.3.4 Relations avec l'administration, avec les détenus

2.3.5 Conclusion

- Conclusion générale

- Bibliographie

- Annexe : le questionnaire

INTRODUCTION

La prison est un lieu marginal, isolé du reste de la société ; pourtant, elle devient source de nombreuses interrogations depuis quelques années : sur le sens de la peine, sur sa nécessité, sur les rapports entre justice et société et sur les conditions de détention, sujet occulté pendant de nombreuses années et remis au goût du jour par le livre de Véronique Vasseur et les différents rapports parlementaires qui ont suivi la parution de celui-ci, décrivant les prisons françaises, comme "une humiliation pour la République".

La population carcérale se distingue du reste de la population par sa vulnérabilité extrême du fait de la privation de liberté, et par un état de santé très préoccupant ; en effet, de nombreux détenus intègrent la prison en situation de précarité. La population carcérale est ainsi fortement touchée par les manques de soins dentaires, par un nombre important de problèmes psychiatriques, par une prévalence plus forte du VIH, de l'hépatite B et C ainsi que des conduites addictives (alcoolisme, tabagisme, stupéfiants, psychotropes, ...)¹

Les conditions de détention ne favorisent pas une amélioration de la santé des détenus. La promiscuité aggravée par la surpopulation carcérale, l'insalubrité et le manque d'hygiène dégradent la santé physique des détenus ; de même, la déresponsabilisation de l'individu sur laquelle est basée le système carcéral, le manque de projets personnels de réinsertion ainsi que les conditions de détention en quartier d'isolement et disciplinaire affectent la santé mentale et sociale de la personne incarcérée².

¹ *La population carcérale*, adsp n°44, septembre 2003

² *Médecin en détention : soignant et témoin*, in la lettre de l'Espace éthique, été automne 2000, Dr Dominique Faucher

Dans ces conditions, la pratique médicale en prison ne peut s'envisager de la même façon qu'à l'extérieur, du fait de la fragilité la population carcérale, et de la position particulière du patient, qui est également un détenu, privé de liberté. La pratique de la médecine en prison engage alors un certain nombre de questionnements éthiques n'ayant pas lieu d'être à l'extérieur.

Nous avons choisi de nous pencher sur le rôle des médecins en prison, et plus particulièrement au quartier disciplinaire, prison dans la prison, où le détenu, privé de toutes visites personnelles et d'activités socioculturelles collectives, peut se retrouver dans une situation de précarité encore plus accentuée, du fait de son isolement relatif. Au quartier disciplinaire, le médecin est confronté, selon le code de Déontologie et le code de procédure pénale, à une double mission : veiller à la bonne santé de son patient et estimer si l'exécution de la sanction est de nature à compromettre la santé du détenu en rédigeant, le cas échéant, un certificat médical de contre-indication, destiné à l'administration pénitentiaire.

Nous avons donc cherché à savoir si le médecin, par l'intermédiaire de l'établissement de certificats médicaux au quartier disciplinaire, se retrouve être au service de l'administration pénitentiaire ou au service patient détenu.

METHODOLOGIE

Dans un premier temps, nous avons effectué une recherche bibliographique sur les thèmes suivants :

- Conditions de détention
- Médecine pénitentiaire
- Quartier disciplinaire
- Certificats médicaux

Les résultats obtenus sont présentés dans la première partie de ce mémoire. Nous n'avons malheureusement pas trouvé beaucoup de documents se rapportant spécifiquement à l'activité médicale au quartier disciplinaire et à l'établissement de certificats médicaux en prison. La plupart des documents se rapportent à la prison en général.

Nous avons effectué nos recherches bibliographiques sur internet, au centre de documentation éthique de l'INSERM, ainsi que dans des livres qui nous ont été prêtés par le Dr Fauriel.

L'origine des documents consultés est très variée : textes de loi, publications scientifiques, sites internet se rapportant à la prison et à la médecine pénitentiaire, articles de journaux, extraits de livres,...

La deuxième partie de notre mémoire est construite autour d'un questionnaire, destiné aux professionnels de santé exerçant en milieu carcéral.

Pour conclure, nous avons comparé les différences et les similitudes entre la théorie et la pratique de l'activité médicale au quartier disciplinaire.

1. Analyse bibliographique sur la médecine en prison et le quartier disciplinaire

1.1 La médecine en prison

1.1.1 Médecine générale

La médecine en prison relève, depuis la loi du 18 janvier 1994, du régime hospitalier de droit commun et la prise en charge des détenus dépend du service hospitalier.³

Les détenus ont donc droit, en principe, à « une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population. »⁴ La réalité s'en rapproche, même si d'importantes défaillances subsistent encore (délais d'attente, permanence des soins la nuit et le week-end, problèmes d'escorte...).

Les médecins ont, de plus, des difficultés à faire admettre leur indépendance par rapport à l'administration pénitentiaire auprès des détenus, ce qui entame leur confiance, siège de la relation médecin-patient.⁵

Les demandes des patients sont parfois complexes et peuvent aboutir à des simulations et tromperies pour obtenir des avantages, à des chantages et pressions diverses sur le médecin, avec refus de traitement, y compris vital, (comme la prise d'insuline pour le diabète insulino-dépendant, par exemple) ce qui perturbe aussi la relation et le médecin doit alors rester objectif tout en assurant des soins appropriés.

Le principe déontologique du libre choix du médecin ne peut pas être pleinement respecté en prison par manque de personnel soignant et d'organisation.

³ Loi 94-43 du 18 janvier 1994

⁴ Circulaire du 8 décembre 1994

Le code de déontologie médicale s'applique aussi bien aux médecins en milieu carcéral, qu'aux médecins exerçant à l'extérieur. Les articles 5, 7, et 10 les concernent plus que les autres :

« Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » (article 5).

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »
(Article 7)

De plus, « Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire... » (Article 10)⁶

Ces principes montrent que le médecin en prison doit soigner les détenus comme tout autre personne, sans abuser de son pouvoir, celui-ci étant plus grand en milieu carcéral qu'à l'extérieur.

⁵ Audition du 17 mai 2000 - Dr François Moreau - Président du syndicat des médecins exerçant en prison, Assemblée Nationale.

⁶ Code de déontologie médicale - édition février 2003 -

1.1.2 L'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)

Dans chaque établissement pénitentiaire, à l'exception des établissements à gestion semi privée, l'accès aux soins est assuré par une UCSA, véritable unité de l'hôpital dans la prison.⁷

L'UCSA forme une équipe pluridisciplinaire de personnel hospitalier et de personnel pénitentiaire de surveillance. L'équipe médicale est placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier qui est le « médecin coordinateur ». Celui-ci organise le suivi médical et coordonne les actions de prévention et d'éducation à la santé.

Le nombre de médecins et leur temps de présence à la prison dépendent de l'importance de l'établissement. Certains petits établissements ne disposent pas d'une permanence médicale et des médecins viennent alors une à deux fois par semaine.

1.1.3 Le rôle du médecin

Les médecins généralistes ⁸ :

- assurent les consultations médicales à la demande du détenu, de l'administration pénitentiaire, ou d'autres personnes agissant dans l'intérêt du détenu (famille, visiteurs...)
- doivent assurer un examen médical systématique pour tous les arrivants, et, **pour les détenus placés au quartier disciplinaire ou au quartier d'isolement, systématiquement à leur arrivée, et au moins deux fois par semaine.**
- sont chargés d'examiner les détenus sollicitant des attestations relatives à une inaptitude au travail, au sport, au changement d'affectation, aux modifications ou aménagements quelconques de leur régime de détention (notamment lors du passage au quartier disciplinaire).

⁷ Article D-368 du Code de procédure pénale

- délivrent aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant des renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu, aux modifications ou aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé. **Ils peuvent aussi alerter par écrit, le chef d'établissement, s'ils estiment que l'état de santé d'un détenu n'est pas compatible avec son maintien en détention, ou avec le régime qui lui est appliqué.**

Le détenu est soigné à l'UCSA, au service médical de la prison, ou dans des locaux spécialisés destinés aux consultations et aux examens, si son état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation. Parfois les locaux demeurent inadaptés car l'unité est installée dans l'ancienne infirmerie, souvent peu rénovée.

D'autre part, **les détenus placés aux quartiers disciplinaires et d'isolement, sont examinés sur place, dans leur cellule, par le médecin.**⁹

Pour obtenir une consultation médicale, le détenu doit faire une demande écrite à l'UCSA, sous pli fermé, dans laquelle il doit décrire brièvement son problème de santé. Ensuite, il peut la remettre soit à l'infirmier quand il passe, soit au surveillant ou personnel pénitentiaire, soit le déposer directement à l'UCSA s'il peut se déplacer dans la prison. Mais les délais d'attente sont longs.

⁸ Articles D. 381 ; D. 382 ; D. 399 du Code de procédure pénale

1.1.4 Le secret médical

La révélation d'une information confidentielle, 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 réprimée par le Nouveau Code Pénal.¹⁰ La règle du secret médical selon le Code de Déontologie (Article 4), générale et absolue dans son principe, doit s'appliquer en milieu pénitentiaire comme en milieu libre.

De manière générale, les consultations médicales doivent se dérouler sans la présence du personnel pénitentiaire pour préserver le colloque singulier médecin patient.¹¹ Ce n'est pas toujours le cas en pratique, par exemple lorsque le détenu est signalé dangereux, ou lorsqu'il est au quartier disciplinaire ou en quartier d'isolement, le médecin étant accompagné d'au moins un surveillant qui s'arrête parfois à la porte de la cellule, mais qui peut tout de même entendre et suivre la consultation.

1.1.5 Le dossier médical

Le dossier médical du détenu est constitué de l'ensemble des documents relatifs à son suivi médical (soins somatiques, soins psychiatriques, prescriptions, dossier de soins infirmiers...) et il est complété au fur et à mesure de l'exécution de sa peine (sanctions disciplinaires, régimes de détention, rapports médicaux...).

⁹ Article D. 251-4 du Code de procédure pénale

¹⁰ Article 226-13 du Nouveau Code Pénal

¹¹ Article D. 397 du Code de procédure pénale

Il est communiqué aux médecins spécialistes qui viennent consulter et qui y notent les conclusions des examens. Il comprend une fiche épidémiologique à remplir lors de la visite médicale obligatoire au moment de l'arrivée du détenu en prison.¹²

Ce dossier permet donc le suivi du détenu tout au long de sa détention, même s'il change d'établissement, ainsi qu'après sa sortie de prison.

Les dossiers médicaux sont conservés dans des locaux du service médical dans un endroit fermé à clé et accessible exclusivement au personnel médical.

En cas de transfert du détenu d'un établissement à un autre, le dossier suit, sous enveloppe fermée et sous la responsabilité de l'établissement de santé du lieu de départ.

Le détenu ne peut pas consulter directement son dossier, mais il peut se faire remettre des copies des certificats médicaux ainsi que les attestations qui y figurent.¹³

1.1.6 Le consentement

Le consentement préalable aux soins pose un problème en milieu carcéral, car si le détenu refuse les soins, le juge peut lui refuser des réductions de peine. Cela entraîne souvent des faux consentements et des fausses relations thérapeutiques et les soins deviennent dans ces cas-là inefficaces. Le médecin doit bien expliquer qu'il ne fait pas partie de l'administration pénitentiaire et que leur relation de soins est protégée par le secret médical.

Les détenus ne peuvent être sollicités pour se prêter à des recherches biomédicales que s'il en est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé et leur consentement éclairé doit obligatoirement être recueilli au préalable.¹⁴

¹² Article D. 375 du Code de procédure pénale

¹³ Article D. 375 du Code de procédure pénale

¹⁴ Loi du 04 mars 2002

1.2 Organisation du quartier disciplinaire

1.2.1 Définition du quartier disciplinaire

Le quartier disciplinaire comporte, selon l'importance de l'établissement, un certain nombre de cellules de discipline ou « mitard », où le détenu est enfermé seul, suite à une sanction appliquée pour des faits constituant une faute. La durée du placement au quartier disciplinaire est variable selon la gravité de l'infraction, mais ne peut excéder quarante-cinq jours en France.

« Le « mitard », c'est la prison dans la prison, décidé au prétoire qui est le tribunal interne, sans appel, sans assistance d'un avocat. [...] C'est une zone de non droit où les médecins ont du mal à entrer. »¹⁵

1.2.2 La commission de discipline, le prétoire

Lorsqu'un détenu a commis une faute justifiant une sanction disciplinaire, il passe devant la commission de discipline, qui décidera de la sanction.

Elle est présidée par le chef d'établissement, ou l'un de ses adjoints ou un membre du personnel de direction ayant reçu une délégation écrite à cet effet. Il est assisté par deux membres du personnel de surveillance, qui n'ont que des voix consultatives. Le chef d'établissement peut décider de faire entendre d'autres personnes, en tant que témoins, s'il l'estime nécessaire.

¹⁵ Audition de Mme Véronique Vasseur, médecin-chef à la prison de la Santé ; procès verbal de la séance du 9 mars 2000, Assemblée Nationale

Le détenu accusé doit se défendre seul et dispose d'au moins trois heures pour préparer sa défense, ce qui est dérisoire.¹⁶ De plus il ne dispose que des feuillets de la procédure disciplinaire qui lui ont été donnés. Il peut théoriquement demander que des témoins soient cités mais le chef d'établissement a le droit de refuser. Néanmoins, si le détenu ne comprend pas le français ou ne peut pas s'exprimer en français, ou s'il est dans l'incapacité physique de s'exprimer, le chef d'établissement doit lui choisir un interprète.

La mise au quartier disciplinaire est donc une mesure prise par le chef d'établissement ou l'adjoint ou le membre du personnel désigné à cet effet, soit à la suite d'une commission de discipline, soit avant le passage en commission de discipline dans des situations d'urgence qui doivent rester exceptionnelles, à titre préventif, si c'est le seul moyen de faire cesser la faute ou le trouble. **La durée du placement provisoire** est limitée au strict nécessaire et **ne peut pas excéder deux jours**, qui seront soustraits de la peine à effectuer, s'il s'agit du placement en confinement ou en cellule de discipline.¹⁷

1.2.3 Les fautes qui induisent des sanctions disciplinaires

Seules les fautes mentionnées dans le Code de procédure pénale, ou le non-respect du règlement intérieur peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires. Le chef d'établissement ne peut donc pas sanctionner des faits ne figurant pas dans l'un de ces textes.

Le règlement instaure une liste de 36 fautes disciplinaires qui sont classées en trois catégories selon la gravité :

- Le premier degré correspondant aux fautes les plus graves : exercer des violences physiques à l'égard d'un membre du personnel, d'une personne en mission ou en visite, ou d'un codétenu ; participer à des actions de nature à compromettre la sécurité de

¹⁶ Articles D. 250 ; D. 250-3 ; D. 250-4 ; D. 250-5 du Code de procédure pénale

l'établissement, ou à mettre en danger la sécurité d'autrui ; détenir des stupéfiants ou des objets et substances dangereuses ou en faire le trafic... inciter un codétenu à commettre une de ces fautes.

- Les fautes de deuxième degré sont de nature moins grave : proférer des insultes ou menaces envers un membre du personnel, une personne en mission ou en visite ; perturber l'ordre de l'établissement ; commettre des vols ou atteintes frauduleuses, commettre des dommages aux locaux ou au matériel ; commettre des actes obscènes ou des atteintes à la pudeur ; se livrer à des trafics, à des échanges non autorisés ; se trouver en état d'ébriété ; mettre en danger la sécurité d'autrui par négligence ou imprudence ; tenter de corrompre le personnel... inciter un codétenu à commettre une de ces fautes.

- Enfin, les fautes de troisième degré sont considérées comme les moins graves : formuler de menaces, des outrages, des injures dans une lettre ; refuser d'obtempérer ; ne pas respecter les dispositions du règlement intérieur ; négliger l'entretien de sa cellule ; faire des réclamations injustifiées ayant déjà fait l'objet de rejet ... inciter un codétenu à commettre une de ces fautes.¹⁸

Certaines fautes de premier degré sont quasiment identiques à d'autres fautes de deuxième degré, ce qui laisse une trop grande marge de manœuvre à l'autorité disciplinaire.¹⁹

De plus, le chef d'établissement peut recourir à d'autres sanctions dites « déguisées » pour sanctionner des comportements non prévus dans les textes, de manière préventive ou arbitraire.²⁰

¹⁷ Le Nouveau Guide du Prisonnier

¹⁸ Articles D. 249-1 à D. 249-3 du Code de procédure pénale

¹⁹ *Etude sur les droits de l'homme en prison* ; propositions ; adoptée par l'Assemblée plénière du 11 mars 2004 ; Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

²⁰ Rapport de la commission Canivet, Sénat, mars 2000

1.2.4 La procédure disciplinaire : la prison dans la prison

La procédure disciplinaire consiste en la mise en œuvre de toute la machinerie disciplinaire, depuis le compte rendu d'incident du surveillant, jusqu'à la décision de la sanction.

La procédure disciplinaire permet de sanctionner un détenu n'ayant pas respecté une ou plusieurs règles de la vie en détention.

Les sanctions « générales » appliquées sont de degrés variables²¹ :

- Avertissement ;
- Interdiction de recevoir des subsides pendant une période maximale de deux mois ;
- Privation pendant une période maximale de deux mois du droit de cantine (faculté d'effectuer en cantine tout achat autre que l'achat de produits d'hygiène, du nécessaire de correspondance et de tabac) ;
- Confinement en cellule individuelle ordinaire ;
- Mise en cellule disciplinaire.

Ces sanctions peuvent être prononcées quelle que soit la faute disciplinaire. La mise en cellule disciplinaire est la sanction la plus sévère et sa durée varie en fonction du degré de l'infraction : **quarante-cinq jours au maximum pour une faute de premier degré ; trente jours pour une faute de deuxième degré ; quinze jours pour une faute de troisième degré.**

Les mises en cellule disciplinaire sont inscrites sur le registre du quartier disciplinaire tenu sous l'autorité du chef d'établissement.²²

²¹ Article D. 251 du Code de procédure pénale

²² Article D. 251-3 du Code de procédure pénale

Il existe d'autres sanctions, dites « spéciales », qui ne peuvent être prononcées qu'en fonction des circonstances de l'infraction disciplinaire. Certaines de ces sanctions ne peuvent être appliquées que pour se substituer au confinement en cellule individuelle ou en cellule disciplinaire (les travaux de nettoyage des locaux et les travaux de réparation).²³

1.2.5 Les conditions de détention au « mitard »

« Jusqu'au début des années soixante-dix, les conditions de détention dans une cellule disciplinaire, étaient particulièrement rigoureuses ; le détenu n'avait parfois droit qu'à du pain sec et de l'eau, vivait dans l'obscurité et ne disposait que d'un seau pour satisfaire ses besoins. » Beaucoup de progrès ont été réalisés depuis, mais les conditions de détention au quartier disciplinaire sont encore perfectibles. L'état des « mitards » est d'ailleurs un bon indicateur du bon « fonctionnement » d'une prison.²⁴

Les détenus qui sont mis au quartier disciplinaire sont privés de certains droits mais en conservent d'autres. Ils sont privés du droit de cantine, des visites au parloir et de toutes les activités socioculturelles ainsi que du sport, de la télévision, de la radio et de la promenade collective.²⁵

Ils conservent, par contre, le droit de promenade, seul, d'une heure par jour dans une cour spéciale, différente de celle des autres détenus, en général grillagée et de la taille d'une cellule (taille qui n'excède pas 20 mètres carré). Ils ont le droit de correspondre avec leur avocat, par écrit ou lors des visites de celui-ci, ainsi que d'écrire ou de recevoir du courrier. Ils peuvent garder leurs affaires de toilette, demander à changer de vêtements, fumer, rencontrer

²³ Article D. 251-1 du Code de procédure pénale

²⁴ *Prisons : une humiliation pour la République* ; Sénat / juin 2000

²⁵ Article D. 251-3 du Code de procédure pénale

l'aumônier de leur religion, un travailleur social de l'établissement et le personnel soignant.

La lecture leur est autorisée, théoriquement, mais ils ne peuvent pas se rendre à la bibliothèque, ils peuvent se faire remettre des livres, mais cela n'est pas souvent respecté dans les faits.²⁶

La pratique consistant à déshabiller entièrement un détenu placé au quartier disciplinaire est interdite, même en lui fournissant des sous-vêtements en papier, même si le détenu est sujet à des crises suicidaires.²⁷ Les matelas ne leur sont plus retirés et les nouvelles cellules disciplinaires comportent désormais des toilettes en acier inoxydable.

Chaque détenu doit entretenir lui-même sa cellule, y compris ceux qui sont placés au quartier disciplinaire, avec des produits et ustensiles fournis par l'administration. (le fait de négliger la propreté de sa cellule constitue une faute disciplinaire sanctionnée par un maximum de quinze jours de cellule disciplinaire.²⁸)

1.2.6 Le suicide au quartier disciplinaire

« La population carcérale est aujourd'hui particulièrement vulnérable, sans grands repères, présentant de nombreuses fragilités. Les détenus mis au quartier disciplinaire ont beaucoup de mal à donner du sens à la sanction infligée, la prison étant le plus souvent considérée comme sans véritable légitimité ni crédibilité. Ils se retrouvent seuls en tête à tête avec eux-mêmes.

Cette confrontation, déjà difficile pour des personnes structurées, est insupportable pour celles qui ne le sont pas, d'où les nombreux passages à l'acte. »²⁹

²⁶ Le Nouveau Guide du Prisonnier

²⁷ *Prisons : une humiliation pour la République* ; Sénat / Juin 2000

²⁸ Article D. 249-3 ; D. 251-1 du Code de procédure pénale

²⁹ Audition de Chantal Cretaz, présidente de l'Association Nationale des Visiteurs de Prisons (ANVP) ; extrait du procès verbal à l'Assemblée Nationale du jeudi 11 mai 2000.

Il y a sept fois plus de suicides en milieu carcéral que dans la population générale ; des études ont été menées et montrent qu'ils se produisent à des moments particuliers, dont le placement au quartier disciplinaire fait partie.³⁰ Les conditions d'enfermement dans ce quartier contribuent aussi à favoriser les actes suicidaires. L'incarcération préventive au quartier disciplinaire, avant la commission de discipline, apparaît comme une menace qui peut précipiter le geste, et doit donc être évitée, dans la mesure du possible.

Le placement au quartier disciplinaire d'un détenu ayant une conduite suicidaire constitue une véritable aberration, sauf à considérer que c'est le lieu de l'établissement où la surveillance médicale est la plus intense. Un tel détenu doit être placé au quartier disciplinaire (s'il a fait une faute le justifiant) en dehors de ses crises suicidaires.³¹

1.3 L'activité médicale au quartier disciplinaire

1.3.1 La loi

Le médecin doit visiter les détenus mis en cellule de discipline, si possible dès leur arrivée ou dans les heures qui suivent, au moins deux fois par semaine durant toute la durée de leur sanction, puis aussi souvent qu'il l'estime nécessaire, ou à la demande du détenu et de l'administration.

La liste des personnes présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale.³²

³⁰ Etude de L. de Graëve ; « *le suicide en prison* » dans le Journal de Médecine Légale Droit Médical ; 2001 ; vol 44

³¹ Rapport de Mission à la demande du Garde des Sceaux et du Ministre de la Santé. *Prévention du suicide des personnes détenues* - J. L. Terra. Décembre 2003

³² Articles D. 168 ; D. 251-4 ; D.375 ; D. 381 du Code de procédure pénale.

Si le médecin constate, au cours d'une de ses visites, que le maintien du détenu en cellule de discipline est incompatible avec sa santé physique ou mentale, ou est de nature à la compromettre, il doit en aviser par écrit le chef d'établissement, par l'intermédiaire d'un certificat médical.

Le code de déontologie médicale est, bien entendu, applicable aussi bien au quartier disciplinaire que dans le reste de l'établissement pénitentiaire.

1.3.2 Le rôle du médecin

En milieu pénitentiaire, et encore plus au quartier disciplinaire, l'exercice du personnel soignant s'effectue sous de fortes contraintes qui pèsent sur les soins apportés aux patients détenus. La relation entre le soignant et le patient porte les traces de ces contraintes carcérales. Le médecin dispose d'un plus grand pouvoir qu'à l'extérieur, mais, en même temps, il est soumis à une grande pression de la part des détenus. Il doit tenir compte de la situation d'enfermement des personnes, de leurs angoisses, de leurs demandes de soins, sans avoir le sentiment de céder aux pressions ou de refuser sans cesse.

Par ailleurs, la santé physique, la santé mentale et le bien-être social des personnes détenues au quartier disciplinaire sont encore plus atteints que ceux du reste de la population carcérale, du fait, d'une part des conditions d'hygiène souvent précaires, des locaux vétustes et insalubres, et d'autre part, de l'enfermement sans occupation, sans projet, sans lien affectif, et du fait qu'elles sont privées de toute vie sociale.

Le médecin refuse parfois de prescrire des médicaments, des examens car ils se font à l'extérieur de la prison ce qui pose des problèmes d'escorte.

Les visites du médecin aux personnes incarcérées au quartier disciplinaire se font dans la cellule du détenu, donc en dehors de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire, ce qui limite l'autonomie des soignants reconnue dans les textes de réforme de 1994.³³

Le quartier disciplinaire, comme nous l'avons déjà souligné, **est l'un des endroits où le secret médical est le plus dur à respecter**, du fait qu'un surveillant est souvent présent.

1.3.3 Les certificats médicaux

Lors de leurs visites aux détenus au quartier disciplinaire, les médecins sont aussi chargés de donner leur avis sur la compatibilité de la mise en cellule disciplinaire, ou de son maintien, avec l'état de santé du détenu.

Pour cela, il établit un certificat médical attestant si le détenu est apte ou inapte à aller ou à rester au quartier disciplinaire.

La sanction doit, en principe, être suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé du détenu, étant remise à exécution lorsque la cause de la suspension disparaîtra.³⁴ Mais en réalité, lorsque le médecin prononce un avis négatif sur le maintien du détenu en cellule disciplinaire, cet avis n'est pas toujours suivi par le chef d'établissement.

Là encore, il faut souligner que l'établissement du certificat médical n'est pas évident pour le médecin car il est soumis à de nombreuses pressions émanant de l'administration pénitentiaire, et surtout du détenu ayant recours à des simulations, des tromperies, des plaintes abusives et injustifiées, ou encore des chantages pour influencer la décision du médecin.

D'autre part, le médecin doit non seulement prendre en compte l'analyse médicale pure du

³³ *Éthique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire*, Corinne Rostaing, in La Lettre de L'Espace Ethique, n° 15-18 hiver été 2002.

³⁴ Le Nouveau Guide du Prisonnier.

détenu mais aussi les conséquences psychologiques de sa mise au « mitard », puisqu'il est complètement isolé et privé de nombreuses choses dont les contacts avec sa famille ou du moins avec l'extérieur. Les certificats que les médecins font pour des levées du placement au quartier disciplinaire, en raison de troubles psychiques, ne sont pas souvent respectés.³⁵

1.4 Comparaisons et recommandations

1.4.1 Comparaison de la France avec l'Europe

Tout d'abord, le régime disciplinaire français est l'un des plus stricts d'Europe par sa durée, avec un maximum de placement au quartier disciplinaire de quarante-cinq jours, alors qu'il n'est que de trois jours en Ecosse ou en Irlande, de neuf jours en Belgique, de quatorze jours en Angleterre, de quinze jours en Italie ainsi qu'aux Pays-Bas, ou encore de vingt-huit jours en Allemagne.

En France, la durée maximale de maintien en cellule disciplinaire apparaît, par ailleurs, tout à fait excessive en regard des fautes correspondant à cette sanction.

Cette considération a conduit la commission d'enquête sénatoriale à affirmer que « **la durée maximale de placement dans le quartier disciplinaire, qui est aujourd'hui de quarante-cinq jours, [devrait] être réduite à vingt jours.** »³⁶

Le régime disciplinaire français étant l'un des plus sévères d'Europe, il convient de s'interroger sur les conditions d'isolement disciplinaire qu'il induit.

De plus, les sanctions prononcées sont de plus en plus sévères. En 2002, 76,6 % des détenus condamnés ont été placés dans une cellule du quartier disciplinaire, et les sanctions

³⁵ Véronique Vasseur, « *Médecin Chef à la Prison de La Santé* »

³⁶ *Prisons : une humiliation pour la République* ; Sénat / Juin 2000

alternatives sont moins utilisées. Les réformes successives du régime disciplinaire des prisons sur le niveau des sanctions en vigueur provoquent une baisse instantanée du taux de sanction, mais celui-ci augmente à nouveau progressivement au cours des années suivantes. Par exemple, le taux de sanction pour 100 détenus était de 83,6 en 2000 ; la loi du 12 avril a entraîné une baisse de ce taux qui n'était plus que de 75,7 en 2001, mais il a été suivi d'une hausse importante des sanctions en 2002 (taux à 81,6). De plus, le placement au quartier disciplinaire entraîne souvent un retrait des réductions de peine précédemment accordées.³⁷

Les règles pénitentiaires européennes sont des textes qui recommandent aux Etats membres du Conseil de l'Europe de mettre en œuvre des moyens permettant d'assurer des conditions humaines de détention et un traitement pénitentiaire acceptable. Elles n'ont qu'une valeur incitative, mais peuvent servir de référence et permettre de comparer les fonctionnements des prisons dans les différents pays d'Europe, ainsi que de renforcer des arguments à l'appui des demandes ou des recours nationaux.³⁸

La Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines et traitements inhumains ou dégradants sert de base de référence pour le Comité européen pour la Prévention de la Torture (CPT) formé d'experts indépendants issus des différents pays signataires ayant pour mission d'examiner le traitement de l'ensemble des personnes privées de liberté dans ces pays. Une personne détenue dans des conditions contraires au principe de la Convention européenne des Droits de l'Homme (article 3 : « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou à des traitements inhumains ou dégradants ») peut s'en plaindre par courrier au président du CPT, qui vérifie alors l'information et peut visiter l'établissement en cause, ou directement adresser des injonctions et des recommandations à l'Etat concerné.

³⁷ *Etude sur les droits de l'homme en prison ; Propositions* ; adoptée par l'Assemblée plénière du 11 mars 2004 ; Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

³⁸ Le Nouveau Guide du Prisonnier

1.4.2 Les évolutions en vue et les recommandations

Le Code de procédure pénale impose au médecin de visiter au moins deux fois par semaine les détenus au quartier disciplinaire ; mais les recommandations européennes, depuis celle du 12 février 1987, estiment qu'il doit y aller tous les jours (article 38-3)³⁹, ce qui n'est concrètement pas applicable dans les petites structures où il n'y a pas de permanence de soins tous les jours.

Les Recommandations européennes suggèrent que les détenus puissent bénéficier de la consultation d'un médecin de leur choix ou d'un deuxième avis, ce qui n'est pas souvent appliqué dans les faits, par manque de personnel médical et manque de temps mais aussi du fait que le milieu pénitentiaire est un « monde marginal, isolé du monde extérieur pour des raisons impératives de sécurité ».⁴⁰

En ce qui concerne le suicide, le Rapport d'évaluation sur la prévention du suicide en prison avait formulé des recommandations en 1998, mais il n'a pas été publié ; les directives proposées en mars 1999 n'ont donné lieu à aucune suite précise au 25 mai 2000 ; il y était indiqué qu'il fallait maintenir les parloirs pendant la détention en quartier disciplinaire pour conserver les liens avec l'extérieur et permettre peut-être de diminuer les risques suicidaires.⁴¹

De même, Chantal Cretaz a exprimé, au nom de l'Association Nationale des Visiteurs de Prisons, le souhait que ces derniers puissent accompagner les personnes leur étant confiées quand elles étaient placées aux quartier disciplinaire, pour éviter l'absence totale de contact qui favorise le passage à l'acte suicidaire.⁴²

³⁹ Recommandation européenne R(87)3 du comité des Etats membres.

⁴⁰ *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, tome 1 : rapport*. Assemblée Nationale, juin 2000

⁴¹ *Etude sur les droits de l'homme en prison ; propositions* ; adoptée par l'Assemblée Plénière du 11 mars 2004 ; Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.

⁴² Audition de Philippe Carrière. Association des secteurs en psychiatrie en milieu pénitentiaire. Procès verbal du 25 mai 2000, Assemblée Nationale.

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme souhaite « que **la nature et l'échelle des sanctions se trouvent en harmonie avec la mission de réinsertion des détenus expressément prévue par la loi.** »⁴³, car la réinsertion est l'un des buts principaux de la détention.

La commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France a proposé, en juin 2000, de renforcer les droits de la défense des détenus lors de la procédure disciplinaire et souhaitait par là que tout détenu puisse être assisté d'un avocat, s'il le demande, lors de son passage devant la commission de discipline.⁴⁴

Les recommandations nationales et européennes permettent, si elles sont adoptées, d'améliorer les conditions de détention car l'incarcération ne doit pas devenir un châtiment corporel. Pour la même raison, la médecine doit être présente en prison et garantir sa mission de soins, au mieux et dans les meilleures conditions. Ceci n'est pas toujours facile à mettre en œuvre, entre autres au quartier disciplinaire, prison dans la prison.

⁴³ Audition de Chantal Cretaz, présidente de l'Association Nationale des Visiteurs de Prison ; extrait du procès verbal du 11 mai 2000 ; Assemblée Nationale

2. Questionnaire

La deuxième partie de notre travail a porté sur la réalisation d'un questionnaire, destiné aux médecins exerçant en milieu pénitentiaire, ceci dans le but de connaître leur point de vue sur leur activité au quartier disciplinaire.

Ce questionnaire a été réalisé avec l'aide du Dr Luc Montuclard, praticien hospitalier, exerçant à la maison d'arrêt de Nanterre (92).

2.1 Présentation du travail effectué

2.1.1 Le questionnaire

Notre questionnaire (*cf. annexe*) comporte 19 questions, incluant des questions à réponses ouvertes, à réponses fermées et à choix multiples. Par l'intermédiaire de ce questionnaire, nous avons interrogé des médecins, exerçant en milieu pénitentiaire, sur 3 grands points :

- Le fonctionnement général du quartier disciplinaire.
- Leur pratique médicale au quartier disciplinaire, et la traçabilité de leurs interventions.
- Leurs relations, au cours de leur activité professionnelle au quartier disciplinaire, avec l'administration d'une part, et avec les détenus d'autre part.

En conclusion, nous avons choisi de leur laisser la possibilité de nous faire part de leurs remarques personnelles concernant leur activité au quartier disciplinaire, ainsi que d'évaluer s'ils pensaient se situer dans une démarche de soins ou d'expertise.

⁴⁴ *Prisons : une humiliation pour la République* ; Sénat / Juin 2000

2.1.2 Mode d'interrogatoire

Nous avons tout d'abord choisi de soumettre notre questionnaire exclusivement de manière téléphonique, mais en pratique, il en a été autrement (cf. paragraphe *2.1.3 Difficultés rencontrées*).

Le questionnaire étant anonyme, les seules informations recueillies sur le médecin interrogé et son environnement concernent : le type d'établissement où celui-ci exerce, le nombre d'années d'exercice en milieu pénitentiaire, le nombre de détenus, le nombre de places effectives dans l'établissement, et le nombre de places au quartier disciplinaire.

La plupart des médecins ont été interrogés entre mi avril et mi mai 2004. Tous les appels ont été passés depuis le laboratoire d'Ethique médicale de Necker.

Nous avons choisi d'interroger uniquement des médecins généralistes, ou exerçant comme tel dans le milieu pénitentiaire, plutôt que des spécialistes, comme les psychiatres, qui sont certes souvent amenés à se prononcer sur l'incompatibilité potentielle entre l'état de santé d'un détenu et son maintien au quartier disciplinaire, mais qui ne sont généralement pas les premiers à examiner celui-ci et qui ne pratiquent pas, dans la majorité des établissements pénitentiaires, les visites systématiques prévues par la loi.

Nous avons interrogé principalement des praticiens exerçant en **maison d'arrêt**¹ (établissement pénitentiaire qui reçoit les prévenus et les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an, ou les condamnés en attente d'affectation dans un

établissement pour peine) plutôt que des médecins exerçant en **centre de détention**⁴⁶ (établissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées qui présentent les perspectives de réinsertion les meilleures) ou en **maison centrale**⁴⁷ (établissement qui reçoit les condamnés les plus difficiles), car les maisons d'arrêt sont les structures pénitentiaires les plus nombreuses (en France, le parc pénitentiaire comprend 186 établissements, dont 119 maisons d'arrêt.⁴⁸).

2.1.3 Difficultés rencontrées

Lors de notre enquête, nous avons rencontré de nombreuses difficultés, notamment pour la réalisation du questionnaire. En effet, il s'agissait de réaliser un questionnaire complet mais rapide à remplir, afin de ne pas importuner et lasser nos interlocuteurs.

Nous avons donc opté, dès que la question le permettait, pour une réponse fermée ou à choix multiples. Ce choix présente l'avantage de faciliter l'analyse du questionnaire par l'intermédiaire d'une grille de lecture, mais exclut d'office des réponses que nous n'avions pas prévues ou anticipées et qui auraient sans doute pu être pertinentes pour l'analyse de notre travail.

Le Dr Montuclard et le Dr Fauriel nous ont été d'une grande aide dans la réalisation du questionnaire, en reformulant nos idées afin de rendre les questions les plus impartiales possible.

⁴⁵ Définitions issues des *mots clés de la justice*,
<http://www.justice.gouv.fr/motscles/alphabet.htm>

⁴⁶ Idem

⁴⁷ Idem

⁴⁸ *La population carcérale*, in adsp n°44, septembre 2003

La seconde grande difficulté que nous avons rencontrée a été de contacter des médecins exerçant en milieu pénitentiaire ; en effet, nous ne disposions pas d'un annuaire regroupant leurs coordonnées. Nous avons donc joint directement les maisons d'arrêt. Il a ensuite été très difficile d'avoir un médecin au téléphone, et ceci pour diverses raisons :

- Dans la plupart des maisons d'arrêt, qui sont de petites structures, il n'y a pas de médecin à temps plein donc on nous proposait de rappeler un autre jour, ce qui n'était pas toujours possible.

- Quand les médecins étaient présents, la majorité n'avait pas le temps de nous répondre, à cause d'un nombre élevé de patients à voir.

Face à ces problèmes de disponibilité, nous avons choisi d'envoyer notre questionnaire par e-mail, aux praticiens souhaitant y répondre mais manquant de temps. Dans cette configuration, nous avons obtenu un taux de réponse de 100%. Un questionnaire a aussi été envoyé par courrier, à un médecin souhaitant particulièrement y répondre, mais ne disposant pas d'e-mail. Globalement, notre démarche fut très bien accueillie par les professionnels.

2.1.4 Choix de la méthode d'analyse des résultats

Nous avons initialement prévu d'interroger une vingtaine de professionnels. Devant le faible taux de réponses effectives, nous avons décidé de nous limiter à dix-sept questionnaires. Nous avons donc choisi de ne pas dégager de données statistiques, compte tenu du faible échantillon interrogé par rapport au nombre de médecins exerçant en milieu pénitentiaire, mais plutôt de présenter nos résultats en nombre absolu, question par question, afin d'avoir une idée de leur propre pratique.

2.2 Résultats bruts

Sur les 17 personnes interrogées, 15 ont bien voulu répondre à notre questionnaire. Les deux personnes qui n'ont pas voulu y répondre, l'ont justifié par le fait qu'elles ne souhaitaient pas discuter de ce sujet au téléphone, sans être sûres de notre identité.

- Informations générales

Sur les quinze personnes interrogées, treize exercent en maison d'arrêt et deux en centre de détention ; trois exercent en milieu pénitentiaire depuis plus de dix ans, dix depuis plus de cinq ans, et deux exercent depuis moins de 5 ans.

Afin d'obtenir des résultats les plus divers possible, nous avons interrogé des médecins exerçant dans presque toute la France.

Au niveau de la taille des établissements, nous obtenons aussi de grandes différences ; les établissements où travaillent les médecins interrogés ont une capacité d'accueil allant de 40 détenus à plus de 1000. Il est à noter que tous les établissements interrogés sont victimes d'une surpopulation importante, avec un taux d'occupation moyen tournant entre 130 et 140 %.

Le nombre de places au quartier disciplinaire, dans les établissements sondés, varie lui aussi de 1 place à 45 places en fonction, évidemment, de la taille de l'établissement.

1) Fonctionnement général du quartier disciplinaire (QD)

1.1 Voyez vous systématiquement les personnes incarcérées au QD à leur entrée ? Dans quel délai, et pour quelle(s) raison(s) ?

Six médecins sur quinze voient systématiquement les personnes incarcérées au QD à leur entrée. Parmi eux :

- deux les voient **dans l'heure qui suit** ;
- un **dans la demi-journée** suivant leur mise au QD ;
- un dans **un délai maximum de 24h**.

Les deux derniers médecins, nous ont expliqué qu'il existait dans leur établissement **un protocole de visite, spécifique à leur maison d'arrêt**, selon lequel, le délai de visite pour une personne incarcérée au QD était de **24h pour un mineur et de 48h pour un majeur**.

Les neuf médecins restants ne voient pas systématiquement les personnes incarcérées au QD à leur entrée :

- Quatre le justifient par le fait **qu'une permanence médicale n'est assurée que 2 à 3 matinées par semaine** dans l'établissement dans lequel ils exercent (ces établissements sont petits : une centaine de détenus, au maximum, et 1 à 3 places au QD), et qu'ils voient donc les personnes incarcérées au QD à ces moments là, quel que soit le jour où elles y ont été placées.
- Un d'entre eux visite le QD **les jours de prétoire** (commission de discipline).
- Un passe au QD **une fois par semaine**.
- Un passe au QD **uniquement si un problème médical est signalé**.
- Un considère que **la mise au QD est une punition, et que la médecine n'a rien à voir dans la décision de punir**.

- Un n'y passe pas systématiquement mais **n'a pas trouvé de justification.**

1.2 En dehors des visites systématiques, combien de fois par mois, vous rendez-vous au QD ?

La plupart des médecins interrogés se rendent au QD à la demande du détenu **autant de fois que celui-ci l'exprime** (les visites effectuées à la demande du détenu ont été difficiles à chiffrer, elles sont peu nombreuses, entre 1 fois par semaine et 1 fois par trimestre ; la majorité des médecins ont répondu s'y rendre, en moyenne, **une fois par semaine à la demande du détenu**).

Tous les médecins interrogés ont souligné le fait qu'il ne passait au QD **qu'exceptionnellement à la demande l'administration.**

Cinq des six médecins voyant systématiquement les détenus à leur entrée au quartier disciplinaire nous ont spontanément répondu après cette question, qu'ils s'y rendaient plusieurs fois par semaine : trois y vont deux fois par semaine, un y va une fois par semaine mais une infirmière y passe tous les jours, et un s'y rend deux fois par semaine, pour les majeurs et tous les jours, pour les mineurs.

2) Pratique médicale au QD

2.1 Notifiez-vous votre passage au QD sur un document ? Si oui, lequel ? Rédigez-vous un document écrit concernant la compatibilité entre le maintien au QD et l'état de santé du détenu ? Quelle formule utilisez-vous en cas de compatibilité ? en cas d'incompatibilité ?

Toutes les personnes interrogées notifient leur passage au QD sur un document.

Sept médecins le marquent sur **un document administratif**, différent selon les établissements : *cahier du QD, registre du QD, main courante, registre du greffe, cahier présent dans le poste des surveillants,...* Il s'agit généralement d'un document réservé au médecin, sur lequel celui-ci marque le nom des détenus vus et signe après sa visite.

Deux médecins le notifient **uniquement sur le dossier médical**.

Six médecins le notifient, **à la fois sur le registre du QD et sur le dossier médical**.

Sur les quinze personnes interrogées, **dix ne rédigent pas de document écrit concernant la compatibilité entre le maintien au QD et l'état de santé du détenu**, et ne rédigent un document qu'en cas d'incompatibilité.

Une des personnes interrogées nous a indiqué : « *Il n'y a pas lieu de formuler la compatibilité de l'état de quelqu'un avec sa mise au QD. C'est un refus formel de ma part, je ne prononce que des incompatibilités.* »

Pour les **cinq autres personnes qui rédigent un document en cas de compatibilité et d'incompatibilité**, les formules utilisées en cas de compatibilité sont les suivantes :

- Certificat médical sur lequel est coché la case APTE pour trois des médecins.
- VU + signature sur le registre pour un des médecins.
- Certificat médical comprenant une formule du type « *l'état de santé de Mr X permet son maintien au quartier disciplinaire* », pour le dernier.

En cas d'incompatibilité, les quinze personnes interrogées rédigent toutes **un certificat médical de report ou de contre-indication**, en employant les formulations suivantes :

- « *l'état de santé de Mr X nécessite une suspension de QD pour une durée de [xx] jours* ».
- « *l'état de santé de Mr X est incompatible avec son incarcération au QD* ».

- « *incapacité momentanée à rester au QD* ».
- « *incompatible* ».
- « *l'état de santé de Mr X ne permet pas son maintien au QD* ».
- *Inapte*. (Case à cocher sur un certificat médical pré-établi)

2.2 Quel est le nombre de détenus dont vous avez jugé l'état incompatible avec un maintien au QD au cours des 12 derniers mois ?

Les réponses à cette question **varient de 0 à 6 détenus**, avec une **moyenne de contre-indication se situant entre 2 et 3**.

2.3 Vos avis sont-ils toujours suivis par l'administration pénitentiaire ?

Quatorze personnes sur quinze nous ont répondu OUI, **une seule nous a répondu NON**.

2.4 Les Critères permettant de définir la contre indication du maintien au QD, à coter de 1 à 3 selon leur importance (1 = très important, 3 = peu important) :

Trois personnes n'ont pas répondu à cette question, une seule l'a justifié par le fait « *qu'il n'y a pas de critère d'importance, ou c'est compatible, ou ça ne l'est pas* ».

Pour évaluer l'ensemble des réponses à cette question, nous avons effectué, à partir des réponses obtenues (12), une note moyenne, pour chacun des critères (les notes allant de 1 à 3).

Il en ressort :

Risque suicidaire = **1,08**

Pathologie somatique aiguë = **1,58**

Agitation avec risque d'automutilation, sans pathologie psychiatrique sous-jacente

évidente = **1,83**

Demande du détenu = **2,33**

Demande de l'administration = **2,66**

Pathologie somatique chronique = **2,66**

Mention par le détenu d'un motif médical semblant injustifié au médecin = **2,91**

Certaines personnes interrogées, ont ajouté les critères suivants :

- Grève de la faim = **1**

- Conditions de détention (insalubrité des cellules disciplinaires, infiltrations d'eau, pas de chauffage en hiver, carreau cassé,...) = **1**

- Situation familiale dramatique, nécessitant une visite des proches (suicide du conjoint, décès d'un parent proche,...) = **1**

2.5 Existe-t-il des pathologies somatiques chroniques équilibrées, sous traitement, dont la dangerosité potentielle justifie systématiquement l'incompatibilité avec le maintien au QD ?

Si oui, lesquelles ?

Une personne a déclaré ne pas savoir, neuf ont déclaré qu'il n'en existait pas, et cinq ont déclaré qu'il en existait. Parmi les pathologies évoquées, on retrouve : « *tumeur cérébrale, épilepsie (cité plusieurs fois), personne diabétique aveugle, dialysée et amputée, SIDA déclaré (car risque d'infection), diabète insulino-dépendant ou non équilibré (cité plusieurs fois), cancer ou SIDA au stade terminal, insuffisance respiratoire chronique O₂ dépendante, arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, détenu sous traitement anticoagulant (héparine) ou traité par interférons.*

2.6 Combien de fois, dans les 12 derniers mois, avez-vous demandé un avis psychiatrique pour évaluer l'incompatibilité du maintien au QD d'un détenu avec son état ? [OCM]

Cinq personnes ont répondu « aucune », **Six personnes ont répondu de « 1 à 5 fois »**, une a répondu de « 5 à 10 fois », deux personnes ont répondu de « 10 à 20 fois », et une a répondu de « 20 à 30 fois ».

Il est à noter qu'un médecin exerçant en maison d'arrêt nous a expliqué que les détenus suivis au CMPR (centre médico-psychiatrique régional), étaient suivis par un psychiatre, s'ils étaient placés en cellule disciplinaire.

2.7 Combien de fois au cours des 12 derniers mois, un patient détenu au QD a-t-il refusé la consultation avec le médecin ? Que faites-vous dans ce cas ?

Les résultats obtenus à cette question sont extrêmement variables. Ils vont de zéro à plus de 20 refus dans l'année. La plupart des réponses se situent **entre 5 et 10 refus au cours des 12 derniers mois.**

Dans le cas où le détenu refuse la consultation avec le médecin, l'attitude des personnes interrogées est aussi variable :

- « on n'y retourne pas et on attend qu'il [le détenu] se décide »
- observation du détenu depuis la porte et discussion sur le motif de ce refus. (Cité plusieurs fois. Un médecin nous a précisé que si le détenu ne souhaitait pas le voir, un rapide entretien, la porte ouverte, lui permettait de voir si le détenu allait bien, et que cela suffisait.)
- « Je reviens plus tard » (cité plusieurs fois)

- « *S'il y a refus après discussion, je le notifie sur la main courante et le dossier médical.* »

(Cité plusieurs fois).

- « *J'en avise l'administration et je le notifie sur le dossier médical.* »

- « *Je ne fais rien, la visite au QD est une proposition de soins qui peut parfaitement être acceptée ou refusée.* »

- « *Je me renseigne au près du surveillant sur l'état de santé du détenu.* »

Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous été dans l'impossibilité de voir un détenu en raison de sa dangerosité ? Qui l'interdit ?

Sur les quinze médecins interrogés, treize n'ont pas été dans l'impossibilité de voir un détenu incarcéré au QD au cours des 12 derniers mois. **Les deux autres l'ont été une fois.** Dans ces deux cas, cela résulte d'**une interdiction de l'administration pénitentiaire.**

2.8 Les conditions de visite permettent-elles le respect de la confidentialité ?

Sur les quinze personnes interrogées, **huit trouvent que les conditions de visite ne permettent pas le respect de la confidentialité**, alors que six trouvent qu'elles le permettent, et une est indécise sur la question.

Plusieurs personnes parmi les huit, justifient leur réponse négative par le fait que les consultations se déroulent le plus souvent avec la porte ouverte (et dont la fermeture n'est pas toujours possible) et qu'un surveillant reste dans le couloir.

2.9 Vous arrive-t-il de faire descendre un détenu du QD au quartier médical pour une visite ou un examen ?

Sur les quinze médecins interrogés, douze **nous ont indiqué qu'il leur arrivait de faire descendre un détenu du QD au quartier médical**, si cela était **nécessaire**, tout en soulignant que cela restait **exceptionnel** ; un des interrogés nous a répondu « jamais » ; le cas ne s'était jamais présenté pour ce dernier.

2.10 L'accès aux examens complémentaires, pour les détenus incarcérés au QD par rapport au reste de la population carcérale

Pour la majorité des médecins sondés (9), **l'accès aux examens complémentaires est le même** pour les détenus incarcérés au QD que pour le reste de la population carcérale ; **quatre le trouvent restreint et deux le trouvent très restreint**.

2.11 Interrogatoire du détenu par rapport à des violences éventuelles dont il serait victime au QD

Sur les quinze médecins interrogés, **dix n'interrogent pas systématiquement les détenus** par rapport à d'éventuelles violences, commises à leur égard, au QD. **Trois posent systématiquement la question** lors de leurs visites au QD, dont 1 pour « se donner bonne conscience, car la réponse du détenu n'est pas libre, et que les violences sont toujours sous-estimées (beaucoup de détenus disent qu'ils se sont pris un coin de porte...) » ; un des interrogés ne pose pas cette question lors de sa visite au QD, par manque de confidentialité, mais, **aborde le sujet à sa sortie, au cabinet médical** ; le dernier, ne pose pas la question de

façon explicite, pour cause également de manque de confidentialité mais demande toujours au détenu si tout va bien.

Quand au nombre de détenus victimes de violence sur 5 ans, les réponses sont très hétérogènes : certains ont souligné qu'il y avait une **absence totale de violence** alors que d'autres ont répondu que les violences étaient **trop fréquentes pour pouvoir être comptées**. Plusieurs des personnes interrogées ont souligné que **la mise au QD était souvent conflictuelle**.

3) Relation du médecin avec l'administration et le détenu

3.1 Influence éventuelle de l'administration sur la décision du médecin ?

La majorité des médecins (11) n'a jamais subi une quelconque influence de la part de l'administration, quant au contenu du certificat médical.

Deux des quinze médecins interrogés ont admis que l'administration essayait, **de manière occasionnelle, d'influencer leur décision**. Dans les deux cas, elle le faisait **oralement**. Pour nous donner un exemple, le médecin nous a expliqué que la peine avait été prononcée de manière à ménager les surveillants et que l'administration pénitentiaire lui avait fait comprendre que la sortie du détenu du QD ne gênerait personne; l'administration avait insisté au près du deuxième médecin, pour que le détenu reste incarcéré au QD, tout en soulignant que la décision finale lui appartenait.

Les deux médecins restants **sont influencés régulièrement par l'administration pénitentiaire**, de **manière verbale**. Pour l'un des médecins, indifféremment dans le sens du

maintien au QD ou dans le sens de l'incompatibilité ; pour l'autre, « **pour que l'administration puisse punir sans être confrontée à un certificat médical** ».

Influence éventuelle du détenu sur la décision du médecin ?

- **Pour onze des interrogés, les détenus tentent d'influencer leur décision.** La fréquence de ces tentatives est variée : **de 1 à 2 fois par ans pour certains, à chaque visite, pour d'autres.** Dans tous les cas, cela se fait de **manière orale**, et dans l'objectif d'**obtenir une suspension ou une suppression de la punition.**

Les motifs invoqués sont divers : *claustrophobie, manque de tabac, solitude, menace de suicide, maladie, ...* mais sont rarement issus d'une argumentation médicale.

- Pour les 4 autres interrogés, les détenus n'essayent pas d'influencer leur décision.

3.2 Information du détenu sur la décision médicale prise à son égard au QD ?

Le détenu est toujours informé de la décision médicale le concernant, en cas d'incompatibilité, et ceci, de **manière orale** pour les quinze médecins interrogés.

En cas de compatibilité, l'information est le plus souvent implicite, étant donné que le détenu reste incarcéré au QD.

3.3 Utilité de l'activité médicale au QD ? [QCM]

Concernant l'utilité de l'activité médicale au QD, **pour l'administration pénitentiaire**, les interrogés sont **neuf à la trouver très utile, quatre à la trouver utile, et deux à la trouver peu utile.**

Ils sont **cinq à trouver utile** l'activité médicale au QD **pour le détenu** et **dix à la trouver très utile**.

- Conclusion

4.1 L'activité médicale au QD, mission de soin et/ou mission d'expertise ?

Neuf des quinze médecins interrogés définissent leur activité médicale au QD comme **une mission d'expertise et de soin**.

Pour **cinq autres**, leur activité médicale au QD est **une mission de soin**, essentiellement.

Pour le dernier, il s'agit essentiellement d'**une mission d'expertise**.

4.2 Contradiction entre évaluation de la compatibilité de l'état de santé avec le maintien au QD et mission de soin

Dix des quinze médecins interrogés ne voient pas de contradiction entre l'évaluation de la compatibilité de l'état de santé d'un détenu avec sa détention au QD, et une mission de soins.

2 personnes ont tenu à justifier leurs propos :

« *C'est du même ordre qu'un certificat médical d'aptitude au sport* »

« *On ne peut formaliser qu'une incompatibilité donc on n'évalue pas une compatibilité* »

4.3 Commentaires personnels

Sept médecins ont tenu à nous faire part de leurs observations personnelles, sur le quartier disciplinaire, et sur leur vision de leur activité médicale :

« *Le QD est un quartier à risque, il faut faire la part entre ce qui est du ressort de l'administration pénitentiaire et ce qui est du ressort de la médecine. **Les risques, et le risque suicidaire en particulier, doivent être évalués et la continuité des soins doit être respectée. Il ne faut pas participer à la punition. Il ne convient pas non plus d'émettre un jugement de valeur sur la punition elle-même, sous prétexte d'humanisme ; faire sortir tout le monde du QD ne fera, in fine, qu'alourdir la peine des détenus. Contentons nous du maintien du soin et du lien.*** »

« *La visite du médecin permet de faire face à d'éventuelles injustices car le rôle du médecin en milieu carcéral est avant tout **d'apporter une aide au détenu.*** »

« *C'est une activité peu évidente ; on peut parfois donner l'impression de prendre la défense du détenu contre l'administration pénitentiaire, alors que ce n'est pas le cas. Du coup, je redoute d'aller au QD ; **cela demande beaucoup de dialogue entre l'administration et l'équipe de soins.*** »

« *Les conditions d'incarcération au QD sont moins inhumaines qu'autrefois. En dehors de l'isolement relatif, le QD ne sert à rien. On enlève peu de liberté au détenu en le mettant au QD et son état de santé n'y est pas particulièrement affecté. **Certains détenus sont même contents d'y aller car ils sont seuls dans leur cellule, alors qu'en détention, ils sont six par***

cellule, dû fait de la surpopulation carcérale. Pour moi, le QD est quelque chose de dépassé. De plus, **l'insalubrité qui y règne est scandaleuse à notre époque.** »

« Je ne veux pas être considéré comme un expert, autorisant la mise au QD. Donc **je refuse de faire des certificats d'aptitude.** C'est une demande qui a été faite il y a une dizaine d'années lors d'un congrès de médecine pénitentiaire.

Le QD de la maison d'arrêt de [X] est moyenâgeux. Il est situé au sous-sol. C'est un lieu humide qui gèle en hiver, qui sent les égouts. J'ai rédigé une fois une incompatibilité à cause de l'état des locaux. »

« Le QD est actuellement **le seul endroit où la population carcérale est bien soignée.** »

« Telle que l'administration pénitentiaire le veut, **notre mission est une mission d'expertise.** L'administration veut que le médecin voie le plus vite possible le détenu incarcéré au QD (dans le quart d'heure qui suit son placement), afin de décharger le plus rapidement possible sa responsabilité sur le médecin en cas de problème. Voir les détenus le plus rapidement possible incite l'administration à ne pas se poser de question. **Nous ne sommes pas là pour couvrir l'administration, mais pour protéger le détenu.** Ce n'est pas à moi de déclarer si l'état de quelqu'un est compatible avec une sanction, je refuse cette expertise. Au QD, ce sont des médecins de l'extérieur qui devraient passer, car la mission d'expertise que l'on nous impose, pollue la relation de soin et de confiance entre le médecin et le détenu après la sortie de celui-ci du QD. Je refuse de pratiquer des examens gynécologiques et des TR à la demande de l'administration. Il faut se fixer des limites. »

2.3 Discussion et analyse

2.2.1 Critique de la méthodologie

Le choix d'un questionnaire semi directif, s'avère être un bon choix, dans le sens où l'on obtient des réponses plutôt complètes, dépassant même souvent, de manière pertinente la question posée. Néanmoins, ce questionnaire fût relativement difficile à dépouiller, du fait justement de la grande diversité observée pour certaines questions.

Nous nous sommes également rendu compte que quelques questions n'étaient pas en rapport direct avec la problématique posée.

Dans la question II.4, le critère « motif d'exclusion peu fréquemment invoqué » a été retiré lors des interrogatoires, car il était peu explicite et mal compris par les professionnels.

2.2.2 Fonctionnement général du quartier disciplinaire

Si on regarde la globalité des réponses, on peut affirmer que les détenus incarcérés au QD sont plutôt bien suivis sur le plan médical. Quels que soient le mode et le nombre de visites effectuées par les médecins interrogés, un détenu en cellule de discipline a la possibilité de voir plusieurs fois un médecin sans nécessairement en manifester le désir. Le fait que les détenus ne soient pas systématiquement vus à leur entrée au QD est dû à un manque de médecins, plus qu'à une volonté de ne pas y aller.

Il est intéressant de constater la mise en place de protocoles dans certaines maisons d'arrêt, en accord avec l'administration, concernant la fréquence des visites au quartier disciplinaire et leur modalité en fonction des détenus (majeurs et mineurs). Le fait de voir les mineurs dans les 24 heures et les majeurs dans les 48heures, se justifie par le fait qu'un mineur est

théoriquement plus fragile, ou plus enclin à faire une tentative de suicide lors de sa mise au QD. Plus généralement, cette distinction s'inscrit dans la forte protection des mineurs incarcérés, que l'on retrouve dans le code de procédure pénale. Néanmoins, pourquoi les détenus majeurs, ne sont pas vus dans les 24 heures, de manière à se rapprocher au maximum des articles de loi ?

2.2.3 Pratique médicale au QD

D'un établissement et d'un médecin à l'autre, la pratique médicale au QD est extrêmement différente, et n'est pas appréhendée de la même manière.

Toute visite au QD est systématiquement notifiée dans un document prouvant la venue du médecin, soit le dossier médical, soit un document administratif ; Par contre, la majorité des personnes interrogées ne rédigent pas de certificat médical, en cas de compatibilité.

La formulation employée est souvent différente d'un médecin à l'autre :

- En cas d'incompatibilité, les formules employées sont différentes, mais mettent toutes en avant l'incompatibilité entre l'état de santé du détenu et son maintien au QD. La différence n'est ensuite qu'une question de style et de syntaxe, il n'y a en effet pas de différence fondamentale entre le fait d'écrire « inapte » ou une phrase du type « l'état de santé de Mr X nécessite une suspension de QD pour une durée de X jours. ». Aucun médecin ne nous a indiqué qu'il précisait la cause de l'incompatibilité sur le certificat médical.

- Quand ils ne voient pas de contre-indication au séjour du détenu en cellule disciplinaire, on peut remarquer de grandes divergences d'un médecin à l'autre. Trois grands groupes de pratique se dégagent :

- Rédaction d'un certificat médical mettant en avant l'aptitude de son patient à séjourner au QD. On peut alors se demander si la rédaction d'un tel certificat ne permet pas à l'administration de se dégager de ses responsabilités en cas de problème rencontré.
- Refus de rédiger un document concernant la compatibilité entre un état de santé et une punition. Cette attitude est alors justifiée par le fait que la médecine n'est pas là pour participer à une peine, à une sanction.
- Signature sur un document (dossier médical, certificat, document administratif,...), précédé de la mention « vu ». On peut s'interroger sur la validité de ce type de signalement car en effet le terme « vu » ne signifie pas grand-chose et peut être interprété de différentes façons. En cas de problème au QD, la mention « vu » dégage-t-elle l'administration de ses responsabilités ? Ne remet-elle pas en cause la responsabilité du médecin et n'engage-t-elle pas d'éventuelles poursuites contre lui ?

Les certificats médicaux relatifs à une incompatibilité, sont, selon notre questionnaire, toujours pris en compte par l'administration. Cela peut s'expliquer par le fait que le maintien au QD d'un détenu, dont l'état a été jugé incompatible avec sa sanction peut s'avérer être problématique pour l'administration. Celle-ci, ayant eu connaissance du certificat médical, se retrouve, en cas de suicide, par exemple, responsable et en tort, vis à vis du Code de procédure pénale.

Concernant les critères pouvant justifier une éventuelle incompatibilité, on retrouve en premier, le risque suicidaire, mis en avant par la plupart des médecins, et en règle générale, toutes pathologies pouvant entraîner un décès rapide et brutal du patient (questions 2.4 & 2.5). Le risque suicidaire est considéré comme important, c'est aussi paradoxalement le plus difficile à évaluer, comme en témoignent les nombreux suicides en quartier disciplinaire,

malgré le fréquent passage des médecins. L'évaluation du risque suicidaire, peut nécessiter l'avis d'un psychiatre.

Il arrive également que le médecin ne puisse pas voir le détenu au cours de son séjour au QD, mais c'est rarement en raison d'une dangerosité potentielle de celui-ci, ou d'une interdiction émanant de l'administration pénitentiaire. Il s'agit, le plus souvent, d'un refus venant du détenu. La plupart des médecins interrogés ne s'arrêtent pas à son refus et cherchent à en discuter avec lui, ou n'hésitent pas à repasser plus tard. On peut sans doute voir, à travers ce comportement, une véritable conscience professionnelle.

Les conditions de la visite sont souvent une véritable barrière dans la relation médecin patient ; en effet la consultation est souvent réalisée en présence d'un surveillant. Comment une personne peut-elle se confier alors que le secret médical n'est pas respecté ? Comment, pour le médecin, établir une relation de confiance ? Comment ne pas donner l'impression d'être au service d'une administration souhaitant se décharger de toutes responsabilités ? Autant de questions qui ne peuvent trouver une solution que dans un meilleur respect de la confidentialité nécessaire à un véritable « pacte de soins » entre le médecin pénitentiaire et le détenu.

Concernant les violences au quartier disciplinaire, il semble qu'elles soient peu fréquentes, voire inexistantes dans certains établissements, alors qu'elles sont fréquentes dans d'autres. Dans tous les cas, c'est un sujet qui n'est abordable par le patient que dans le cas d'une totale confidentialité avec le médecin, qui n'est pas toujours respectée.

Le quartier disciplinaire n'en reste pas moins un espace violent dans le sens où de nombreux détenus ne comprennent pas la justification de leur sanction et se sentent souvent coupables

d'injustice. On a ici, une véritable violence et souffrance psychologique, accentuées par l'état désastreux des locaux de certains établissements⁴⁹, et par les privations relatives au placement au quartier disciplinaire.

Concernant l'accès aux examens complémentaires, il semble que celui-ci soit de la même qualité pour les détenus du QD que pour le reste de la population carcérale et ceci, malgré des conditions de détentions plus draconiennes. Cette facilité d'accès aux examens complémentaires est confirmée par le fait que la plupart des médecins interrogés n'hésitent pas à examiner un détenu placé en cellule de détention dans le quartier médical si nécessaire, tout en sachant que le déplacement du détenu du quartier disciplinaire jusqu'à l'UCSA nécessite un bouleversement de l'organisation pénitentiaire, car ce détenu ne doit pas être en contact avec ses codétenus.

2.2.4 Relations avec l'administration, avec les détenus

Dans leur pratique quotidienne au quartier disciplinaire, on peut voir que les médecins subissent des influences et des pressions. Peu de médecins se sont plaints d'une quelconque influence de l'administration sur leur décision, néanmoins, comme les résultats obtenus le montrent, cela arrive. En pratique, on constate donc que l'indépendance du corps médical par rapport à l'administration pénitentiaire, voulue par la loi de 1994, n'est pas toujours respectée. Cependant, l'administration et les médecins ne peuvent pas s'ignorer, et un dialogue, ainsi que de bonnes relations, lors des visites au quartier disciplinaire entre autres, sont nécessaires. Il semble heureusement rare que l'administration fasse pression sur le médecin, dans le but qu'un détenu reste enfermé au quartier disciplinaire.

⁴⁹ Rapport du comité européen pour la prévention de la torture (CPT) du 20 novembre 2003

A l'inverse, les médecins sont très souvent confrontés au fait que les détenus essayent d'influencer leur décision.

Cette démarche, quand elle existe, est relativement humaine et compréhensible. Qui n'a, en effet, jamais essayé de se soustraire à une punition ?

Les détenus, connaissant bien le rôle du médecin au quartier disciplinaire, font donc le plus souvent du chantage suicidaire. Peu d'entre eux basent leur argumentation sur de potentielles pathologies ; ce genre de simulation étant rapidement mis à nu.

Les menaces de suicide exprimées par le détenu, ayant pour but d'obtenir une incompatibilité avec la sanction, ne font, in fine, que compliquer le travail du médecin. Comment celui-ci peut-il évaluer un risque suicidaire au QD chez ses patients, si la plupart d'entre eux simulent celui-ci ?

On voit que le détenu, est systématiquement informé de la décision médicale le concernant, en cas d'incompatibilité. Cette information est souvent implicite, et toujours effectuée de manière orale. Il est dommage de constater que celui-ci ne se voit pas remettre une copie du certificat médical ; celle-ci est sans doute jointe à son dossier médical, mais cela ne nous a pas été précisé par les médecins interrogés.

Aucun des médecins interrogés, même s'ils sont nombreux à remettre en question les modalités d'exécution de leur mission au QD, ne remet en cause l'utilité de leur activité pour le détenu.

2.2.5 Conclusion

Dans l'ensemble, la plupart des médecins définissent leur activité comme une activité de soins et d'expertise, et cela, sans y voir de contradictions, l'activité de soin primant sur l'expertise.

On retrouve, chez la plupart d'entre eux, la volonté de ne pas faire de certificats médicaux, en cas de compatibilité, volonté très fortement exprimée à plusieurs niveaux de ce questionnaire.

Ils reconnaissent que leur activité d'évaluation est utile à l'administration pénitentiaire, et permet à celle-ci de se décharger de toute responsabilité en cas d'incident survenant au quartier disciplinaire.

Dans l'ensemble, les détenus incarcérés en cellule de discipline sont plutôt bien suivis sur le plan médical, en tout cas mieux que dans un régime de détention classique. Ils bénéficient aussi d'un accès aux examens complémentaires de bonne qualité, comparable à celui offert à un détenu en détention normale.

On peut néanmoins remarquer que les pratiques sont loin d'être homogènes d'un établissement à l'autre et d'un médecin à l'autre, notamment au niveau de la nature des contre-indications avec le maintien au quartier disciplinaire et du contenu des certificats médicaux.

Pour conclure, selon les médecins interrogés, il reste des choses à modifier au quartier disciplinaire : les conditions de détention, même si elles se sont apparemment améliorées au cours des dernières années, restent, notamment au niveau de l'état des locaux, inadmissibles au XXIème siècle. De même, le respect de la confidentialité et du secret médical, socle absolu de la relation médecin malade est, nous l'avons vu, fortement malmené. Le libre choix du praticien, revendiqué récemment dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reste également difficilement applicable en prison de manière générale, et plus particulièrement au quartier disciplinaire.

CONCLUSION GENERALE

La pratique médicale au quartier disciplinaire peut donc être considérée comme une pratique extrême de la médecine, du fait de la singularité de la relation médecin-patient observée.

Cependant, elle n'échappe pas au respect des règles déontologiques⁵⁰ et se trouve particulièrement encadrée par le code de procédure pénale.

Entre la pratique dictée par la loi, et la réalité exprimée par les médecins que nous avons interrogés, nous avons pu constater des différences et quelques similitudes.

Tout d'abord le nombre de visites obligatoires n'est en pratique pas toujours respecté. On peut néanmoins souligner le fait que les détenus incarcérés au QD ont la possibilité de voir un médecin peu de temps après leur placement et de manière assez régulière pendant la durée de leur sanction.

Au sujet de l'établissement des certificats médicaux, on constate une forte volonté de la part des médecins ne pas rédiger de documents portant sur une compatibilité de l'état de santé du détenu avec son maintien au QD pour des raisons éthiques et déontologiques fortes. Ce refus ne va pas dans le sens contraire de la loi qui affirme que *"si le médecin estime que la santé physique ou mentale du détenu risque d'être affectée par la prolongation ou par une modalité quelconque de la détention, il en avise par écrit le chef d'établissement, ..."*⁵¹. En cas d'incompatibilité, le contenu des certificats médicaux n'est pas précisé par la loi, ce qui permet alors une grande variété dans leur rédaction.

De même, les pathologies, pour lesquelles une suspension de sanction peut être prononcée, ne sont pas clairement définies dans la littérature. Cela reste à la libre appréciation du médecin

⁵⁰ Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire, CNOM, juillet 2001

au quartier disciplinaire. On remarque d'ailleurs en pratique, que certaines pathologies sont sources d'incompatibilité pour certains médecins, et non pour d'autres, à l'exception du risque suicidaire, considéré comme une des situations les plus contre-indiquées.

Les relations entre le corps médical et l'administration pénitentiaire sont parfois restreintes. Il arrive que le médecin ne puisse pas voir un détenu incarcéré au QD en raison d'une interdiction prononcée par l'administration, souvent à cause d'une dangerosité potentielle. Une telle situation reste exceptionnelle pour les médecins interrogés. A l'opposé, cette situation est décrite comme fréquente dans les ouvrages lus, notamment par Véronique Vasseur⁵².

Un manque de dialogue entre médecins et agents pénitenciers peut parfois avoir des conséquences dramatiques, comme le montre la récente mise en examen de l'ex-directeur de la prison de la Santé à qui on reproche de ne pas avoir communiqué aux médecins les antécédents psychiatriques d'un détenu qui s'est suicidé quelques jours après son placement en cellule disciplinaire.⁵³

D'après les médecins consultés, nous avons constaté que les certificats médicaux étaient généralement suivis par l'administration. Par contre nous avons trouvé, dans les ouvrages que nous avons lus, un sentiment inverse.

La difficulté de mise en œuvre du respect du secret médical est largement reconnue et dénoncée en pratique et dans les différents rapports consultés. Elle met un frein considérable à l'établissement d'une relation de qualité entre le médecin et le patient détenu et ne permet pas au médecin d'apprécier pleinement les motifs d'une éventuelle incompatibilité entre l'état de santé du détenu et son maintien au QD.

⁵¹ Article D.375 du Code de procédure pénal

⁵² *Médecin chef à la prison de la Santé*, Véronique Vasseur

⁵³ Le Monde du 25 juillet 2003

L'état de la plupart des cellules disciplinaires est, lui aussi, dénoncé de manière univoque. Il n'est généralement pas compatible avec l'état de santé déjà précaire de certains détenus et l'aggrave parfois.

Le médecin doit donc s'imposer plus de questionnements éthiques lors de son activité au quartier disciplinaire, et ceci pour plusieurs raisons :

- Les conditions de détention.
- La relation médecin malade particulière.
- La double mission qui lui est confiée : évaluer et soigner.

L'activité médicale au quartier disciplinaire est fortement utile :

- A l'administration tout d'abord, qui profite de l'expertise du médecin pour estimer l'incompatibilité d'un détenu avec son maintien au QD et parfois pour se décharger d'une responsabilité en cas d'incident qu'elle devrait pourtant assumer car c'est elle qui punit.
- Au détenu qui, face à un régime de détention particulièrement dur et pas toujours compatible avec son état de santé, se voit pris en charge de manière régulière, aussi bien sur le plan médical, que psychologique et humain.

On peut également reconnaître au médecin exerçant au quartier disciplinaire une troisième mission, celle d'être témoin des contraintes physiques et mentales, des atteintes à la dignité des personnes, des atteintes aux droits fondamentaux décrits dans la constitution, que celui-ci pourrait observer dans l'exercice de sa profession et d'en témoigner au sein de la prison, auprès des autres soignants, et au sein de la société.⁵⁴

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Loi du 18 janvier 1994 (94-43), relative à la prise en charge sanitaire des détenus.
- 2) Circulaire du 8 décembre 1994, relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.
- 3) Audition du 17 mai 2000 du Dr François Moreau - président du syndicat des médecins exerçant en prison, Assemblée nationale.
- 4) Code de déontologie médicale : articles 4 ; 5 ; 7 ; 10.
- 5) Code de procédure pénale : articles D-368 ; D. 381 ; D. 382 ; D. 399 ; D. 251-4 ; D. 397 ; D. 375 ; D. 384 ; D. 384-1 ; D. 384-3 ; D. 250 ; D. 250 -3 ; D. 250-4 ; D. 250-5 ; D. 249-1 à D. 249-3 ; D. 251 ; D. 251-1 ; D. 251-3 ; D. 168.
- 6) Nouveau Code Pénal : article 226-13.
- 7) Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades
- 8) Audition de Mme Véronique Vasseur, médecin chef à la prison de la Santé ; procès verbal de la séance du 9 mars 2000, Assemblée Nationale.
- 9) *Le nouveau guide du prisonnier*, OIP, Ed. De l'Atelier
- 10) Rapport de la commission Canivet ; Sénat, mars 2000
- 11) *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, tome I, rapport*. Assemblée Nationale, juin 2000
- 12) Circulaire de la Direction de l'administration pénitentiaire du 02 avril 1996 relative au régime disciplinaire.
- 13) Audition de Chantal Cretaz, présidente de l'Association Nationale des Visiteurs de Prisons (ANVP) ; extrait du procès verbal à l'Assemblée Nationale du jeudi 11 mai 2000.
- 14) Etude de L. de Graëve ; « *le suicide en prison* » dans le Journal de Médecine Légale Droit Médical ; 2001 ; vol 44.
- 15) Rapport de Mission à la demande du Garde des Sceaux et du Ministre de la Santé. *Prévention du suicide des personnes détenues* – J. L. Terra. Décembre 2003.
- 16) *Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire*, Corinne Rostaing. La Lettre de L'Espace Ethique- n 15-18 hiver été 2002.
- 17) *Médecin Chef à la Prison de La Santé* ; Véronique Vasseur ; Edition le cherche midi

- 18) *Etude sur les droits de l'homme en prison* ; propositions ; adoptée par l'Assemblée plénière du 11 mars 2004 ; Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.
- 19) Recommandation européenne R(87)3 du comité des Etats membres.
- 20) *Prisons : une humiliation pour la République* : rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France ; Sénat / juin 2000.
- 21) Audition de Philippe Carrière. Association des secteurs en psychiatrie en milieu pénitentiaire. Procès verbal du 25 mai 2000, Assemblée Nationale.
- 22) *Rapport du comité européen pour la prévention de la torture (CPT)* du 20 novembre 2003
- 23) *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*, rapport adopté lors de la session du conseil national de l'Ordre des médecins de juillet 2001
- 24) *Découvrir la justice* ; Loïc Cadiet ; Ed. Dalloz
- 25) *La prison, Enquête sur l'Administration pénitentiaire* ; Pierre Tartakowsky ; Ed Payot
- 26) *Ethique médicale en milieu carcéral : suivi des personnes détenues en quartier d'isolement*, mémoire de DU du Dr Dominique Faucher (Septembre 1999)
- 27) *La relation médecin malade en milieu pénitentiaire : l'exemple de l'unité D1 des maisons d'arrêt de fleury-merogis*, mémoire de DEA du Dr Djamel Khodja (2000)
- 28) Le Monde, 25 juillet 2003
- 29) *Médecin en détention : soignant et témoin*, Dr Dominique Faucher in la lettre de l'Espace éthique, n°12-13-14, été automne 2000

Sites consultés :

- 30) <http://www.justice.gouv.fr/motscles/alphabet.htm> (Définitions issues des *mots clés de la justice*)
- 31) <http://www.prison.eu.org/>
- 32) <http://www.justice.gouv.fr/publicat/santefr.htm> (La prise en charge sanitaire des détenus)
- 33) <http://www.medecine-penitentiaire.com>

ANNEXE : le questionnaire

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETABLISSEMENT DE CERTIFICATS MEDICAUX AU QUARTIER DISCIPLINAIRE

INTRODUCTION

Bonjour, nous sommes étudiants en médecine, et réalisons un mémoire d'éthique médicale, au sein laboratoire d'éthique de Necker du Professeur Hervé. Dans le cadre de ce mémoire, relatif à l'activité médicale du QD, nous souhaitons soumettre un questionnaire à un échantillon de médecin travaillant en milieu pénitentiaire. Les résultats seront anonymes et ce questionnaire prend environ 15 minutes. Acceptez vous de répondre à nos questions ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ?

Je ne souhaite pas discuter de ce sujet

Je manque de temps (pouvons-nous vous rappeler plus tard ? quand ?.....).

Ce travail peut donner une image négative de la médecine pénitentiaire

Autre :

.....
.....

INFORMATION SUR L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement :

Type d'établissement :

Depuis quand exercez vous en milieu pénitencier ? :

Combien de détenu au premier Avril 2004 :

Combien de place au QD :

QUESTIONNAIRE

I. Fonctionnement général du QD :

I.1. Voyez vous systématiquement les personnes incarcérées au QD à leur entrée ?

OUI

NON

Dans quel délai, et pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....

I.2. En dehors des visites systématiques, combien de fois par mois, en %, vous rendez-vous au QD ?

2.1 A la demande du détenu ?

2.2 A la demande de l'administration ?

II. Pratique médicale au QD, traçabilité :

II.1.1 Notifiez vous votre passage au QD sur un document ? OUI NON

Si oui, lequel ?

1.2 Rédigez-vous un document écrit concernant la compatibilité entre maintien au QD et l'état de santé du détenu ? OUI NON

1.3 Quelle formule utilisez-vous en cas de compatibilité ?

.....
Quelle formulation utilisez-vous en cas d'incompatibilité ?
.....

II.2. Quel est le nombre de détenus, dont vous avez jugé l'état incompatible avec un maintien au QD au cours des 12 derniers mois ?

II.3. Vos avis sont-ils toujours suivis par l'administration pénitentiaire ?

OUI

NON

II.4. Nous avons listé des critères permettant de définir la contre indication du maintien au QD. Cotez les de 1 à 3 selon leur importance :

Risque suicidaire

Agitation avec risque d'automutilation, sans pathologie psychiatrique sous-jacente évidente

Pathologie somatique chronique

Pathologie somatique aiguë

Demande de l'administration

Demande du détenu

Mention par le détenu d'un motif médical semblant injustifié au médecin

Motif d'exclusion peu fréquemment invoqué :

II.5. Existe-t-il des pathologies somatiques chroniques équilibrées, sous traitement, dont la dangerosité potentielle justifie systématiquement l'incompatibilité avec le maintien au QD ?

OUI

NON

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....

II.6. Combien de fois, dans les 12 derniers mois, avez-vous demandé un avis psychiatrique pour évaluer l'incompatibilité du maintien au QD d'un détenu ?

0

1 à 5

5 à 10

10 à 20

20 à 30

30 à 40

40 à 50

II.7.1 Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, un patient détenu au QD a-t-il refusé la consultation avec le médecin ?
Que faites-vous dans ce cas ?

7.2 Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous été dans l'impossibilité de voir un détenu, par l'administration, en raison de sa dangerosité ?.....
Qui l'interdit ?

II.8. Les conditions de visite permettent-elles le respect de la confidentialité ?
 OUI NON

II.9. Vous arrive-t-il de faire descendre un détenu du QD au quartier médical pour une visite ou un examen ?
 OUI NON

II.10. L'accès aux examens complémentaires, pour les détenus incarcérés au QD, par rapport au reste de la population carcérale, vous paraît-il :
 Inexistant Très restreint Restreint Identique Meilleur

II.11. Interrogez-vous systématiquement le détenu par rapport aux violences éventuelles dont il serait victime au QD ? Combien en aurait été victime, à votre avis, en 5 ans ?.....
.....

III. Relation du médecin avec : - l'administration **- le détenu**

III.1.1 L'administration pénitentiaire essaie-t-elle parfois d'influencer votre décision ?
 OUI NON

Dans quel sens en général ?
Combien de fois par an ?
Le plus souvent dans quel objectif ?
De quelle façon ?

1.2 Les détenus essaient-ils parfois d'influencer votre décision ?
 OUI NON

Dans quel sens en général ?
Combien de fois par an ?
Le plus souvent dans quel objectif ?
De quelle façon ?

III.2. Le détenu est-il informé de la décision médicale concernant sa compatibilité entre son état de santé et son maintien au QD ?

OUI NON
Si oui : - par écrit ? OUI NON
- par oral ? OUI NON

III.3. L'activité médicale au QD est-elle utile selon vous à :

- L'administration pénitentiaire :

Très utile Utile Peu utile Inutile

- Au détenu :

Très utile Utile Peu utile Inutile

IV. Conclusion :

IV.1 Pensez vous que votre activité au QD soit essentiellement :

- Une mission d'expertise ? OUI NON

- Une mission de soin ? OUI NON

IV.2 Pensez vous que l'évaluation de la compatibilité avec le maintien au QD soit contradictoire avec une mission de soins ?

OUI NON

IV.3. Avez-vous un commentaire personnel à rajouter ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Bonne journée.