



**Université de Rennes I**  
**Faculté de droit et de science politique**

**Ecole des Hautes études en Santé Publique**

*Master 2 Droit de la santé*

*Parcours "droit et éthique des établissements sociaux et médico-sociaux"*

## LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE DU MINEUR DETENU

*Par Dugast Julie*

*2019*

Jury :

*Directeur de mémoire:* M. Renaud BOUVET, Docteur en médecine et Docteur en droit, chef du service de médecine légale du CHU de Rennes

*Membre du jury :* Mme Sylvie MOISDON-CHATAIGNER, Maître de conférence à l'Université Rennes 1





**Université de Rennes I**  
**Faculté de droit et de science politique**

**Ecole des Hautes études en Santé publique**

*Master 2 Droit de la santé*

*Parcours "droit et éthique des établissements sociaux et médico-sociaux"*

## **LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE DU MINEUR DETENU**

*Par Dugast Julie*

*2019*

**Jury :**

*Directeur de mémoire:* M. Renaud BOUVET, Docteur en médecine et Docteur en droit, chef du service de médecine légale du CHU de Rennes

*Membre du jury :* Mme Sylvie MOISDON-CHATAIGNER, Maître de conférence à l'Université Rennes 1

*« La faculté de droit et de science politique, de l'Université Rennes 1 et l'Ecole des hautes études en santé publique n'entendent donner aucune approbation ou improbation aux propos qui demeurent propres à leur auteur »*

### ***Remerciements :***

Je tiens à remercier le docteur Bouvet, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa disponibilité, et pour avoir guidé ma réflexion.

Je remercie également le docteur Savouré et sa collègue du CHU de Rennes, souhaitant rester anonyme, pour m'avoir accordé un entretien. Leurs expériences et connaissances sur la prise en charge des détenus et plus spécifiquement des mineurs ont permis d'alimenter mon travail.

Je souhaite aussi adresser mes remerciements à Lucile Bachelier et Marine Saulais pour leur relecture attentive et précise et leur amitié.

## *Sommaire :*

### *PARTIE I - Un accès au soin garanti et adapté pour le mineur détenu*

Chapitre I - Un droit à la protection de la santé reconnu et garanti

Chapitre II- La prise en charge du mineur détenu: entre éducation, prévention et spécialisation

### *PARTIE II - L'effectivité relative des droits du patient mineur lors de sa prise en charge en détention*

Chapitre I- Les droits du patient mineur et des détenteurs de l'autorité parentale contrariés par les contraintes carcérales

Chapitre II- L'affaiblissement du rôle décisionnaire des titulaires de l'autorité parentale à l'égard de l'enfant détenu

### *Liste des abréviations*

ARS: Agence régionale de santé  
CEDH : Cour européenne des droits de l'Homme  
CGPL: Contrôleur général des lieux de privation de liberté  
CHU: Centre hospitalier universitaire  
CIDE: Convention internationale des droits de l'enfant, du 20 novembre 1989  
CP: Code pénal  
CPP: Code de procédure pénale  
CSP : Code de la santé publique  
EPM: Établissement pour mineurs  
MNA : Mineur non accompagné  
PJJ : Protection judiciaire de la Jeunesse  
QPM: Quartier pour mineur  
SPIP: Service pénitentiaire d'insertion et de probation  
SMPR : Service médico-psychologique régional  
UCSA: Unité de consultation et de soins ambulatoires  
UHSA: Unité hospitalière spécialement aménagée  
UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale  
USMP: Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

## Introduction

« Il est peu de problèmes aussi graves que ceux qui concernent la protection de l'enfance, et parmi eux, ceux qui ont trait au sort de l'enfance traduite en justice ». L'exposé des motifs de l'ordonnance du 2 février 1945<sup>1</sup> commence par ces mots, particulièrement significatifs au lendemain de la seconde guerre mondiale. Le conflit a entraîné une hausse de la délinquance des mineurs et le gouvernement provisoire de la République française estime que « la question de l'enfance coupable est une des plus urgentes de l'époque présente ».

Cette ordonnance opère un changement de paradigme et pose comme principe la primauté de la réponse éducative sur la réponse répressive. L'enfant, ou adolescent, est dorénavant considéré comme un être en devenir qu'il convient prioritairement d'éduquer, ou de rééduquer, s'il commet une infraction pénale. La distinction entre « enfants coupables » et « mineurs victimes » tend à s'estomper. L'ordonnance de 1945, texte fondateur de la justice pénale des mineurs, choisit en effet de retenir une vision globale de l'enfance en difficulté, considérant que le comportement délictueux du mineur s'inscrit souvent dans un contexte familial et social difficile.

Au sens commun et légal du terme, le mineur renvoie à une personne âgée de moins de 18 ans. Il s'agit néanmoins d'étudier la prise en charge de la santé des mineurs détenus. Or, la détention provisoire et l'incarcération ne peuvent être prononcées à l'égard des tous les mineurs, ayant commis une infraction. Dans une logique de protection de l'enfant, le législateur a imposé une limite d'âge à l'incarcération. Cette limite, en dessous de laquelle le mineur ne pourra faire l'objet d'une détention, même s'il a commis un crime, est fixée à 13 ans. Elle s'explique par la nécessité de protéger l'enfant, trop jeune, et notamment de le maintenir dans un cadre qui favorisera son développement. Dans ce mémoire, le terme de mineur fera alors référence à des personnes âgées de 13 à 18 ans.

Il convient, par ailleurs, de noter que le droit pénal peut utiliser également le terme d'enfant, avec le « tribunal pour enfants » ou encore le juge des enfants. Toutefois, le terme de mineur semble largement préféré dans les textes législatifs ou réglementaires, le mot « enfant » pouvant sembler inapproprié pour désigner un adolescent délinquant. Les deux termes pourront être mentionnés ici, et notamment le terme d'enfant sera opportun pour les questions inhérentes à l'autorité parentale.

---

<sup>1</sup> Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.



Comme évoqué précédemment, l'ordonnance de 1945, réformée ensuite, met en avant l'idée selon laquelle l'assistance, l'éducation ou encore la surveillance du mineur doivent être préférées à toute velléité répressive. Le cas échéant, ce texte fondateur prévoit, malgré tout, le possible enfermement du mineur, assez courant aujourd'hui. Plusieurs procédures peuvent expliquer cette incarcération du mineur. Tout d'abord le mineur peut être détenu à titre préventif. Ce dernier peut être placé en détention provisoire, mesure autorisée pour les mineurs de plus de 13 ans. Celle-ci ne doit intervenir que dans certains cas limitativement énumérés par l'ordonnance de 1945 et à la condition que la mesure soit « *indispensable* » et que « *les obligations du contrôle judiciaire (...) et les obligations de l'assignation à résidence avec surveillance électronique soient insuffisantes* »<sup>2</sup>. La détention provisoire ne peut ainsi intervenir par exemple que si le mineur, âgé de seize ans révolus, encourt une peine criminelle ou une peine correctionnelle d'une durée égale ou supérieure à trois ans. Pour les mineurs de moins de 16 ans, le mineur doit nécessairement encourir une peine criminelle.

Le mineur peut aussi être incarcéré à titre répressif. En vertu de l'article 2 de l'ordonnance de 1945, la peine privative de liberté va être prononcée par le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs. Elle n'est prononcée qu'en dernier recours, à titre exceptionnel, en vertu du principe de primauté de l'éducation sur la répression. Celui-ci est affirmé par le Conseil Constitutionnel dans une décision du 29 août 2002<sup>3</sup> et la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE), adoptée le 20 novembre 1989. La juridiction devra motiver spécialement le choix de la peine.

La peine est elle aussi adaptée et plus courte que celle prononcée pour un majeur. En effet, il existe une "excuse de minorité" qui bénéficie systématiquement au mineur de moins de 16 ans et conduit à une atténuation de la peine. Celle-ci sera équivalente à la moitié de la peine prévue pour un majeur. L'excuse de minorité pourra être toutefois écartée pour le mineur de plus de 16 ans. Indépendamment de l'âge fixé par la loi, il convient également de noter que le mineur ne peut être responsable pénalement, et donc faire l'objet d'une peine d'incarcération,

---

<sup>2</sup> Ord. 2 février 1945, art 11

<sup>3</sup> Cons. Const, 29 août 2002, n°2002-461 DC : le Conseil constitutionnel a dégagé un nouveau principe fondamental reconnu par les lois de la République. Il affirme : « *deux grandes règles ont été constamment affirmées par le législateur républicain de la première moitié du XXe siècle, règles dessinant un principe fondamental reconnu par les lois de la République ; ces règles sont les suivantes : la responsabilité pénale des mineurs doit être atténuée en raison de leur âge ; la réponse des pouvoirs publics aux infractions que commettent les mineurs doit rechercher, autant que faire se peut, leur relèvement éducatif et moral par des mesures appropriées prononcées, en fonction de leur âge et de leur personnalité, par des juridictions spécialisées ou selon des procédures adaptées* »

que s'il est doué de discernement<sup>4</sup>. Cette notion de discernement n'est pas définie juridiquement mais elle est néanmoins centrale. Pour le moment<sup>5</sup>, il n'existe en effet pas de seuil d'âge au-dessus duquel le mineur serait systématiquement responsable. Il appartient alors au juge de déterminer si le mineur était discernant au moment des faits.

Cette notion de discernement est liée à la reconnaissance par le droit de la plus grande vulnérabilité du mineur. Cette vulnérabilité, justifiant que le mineur bénéficie d'un régime spécialisé en droit pénal, explique également qu'il soit enfermé dans des établissements spécialisés et séparé des détenus majeurs<sup>6</sup>. Il s'agit des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM)<sup>7</sup> ou des quartiers pour mineurs (QPM), où les conditions de détention sont en principe adaptées aux besoins de cet usager particulier du service public pénitentiaire. Si le mineur doit en principe être détenu dans un établissement spécialisé, il peut néanmoins arriver qu'il soit écroué dans un établissement pénitentiaire "classique".

Lors de la détention, les services de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) se montrent, en outre, plus vigilants à l'égard de cet usager particulier, qui doit bénéficier d'action éducative et qui se trouve encore sous la protection des détenteurs de l'autorité parentale.

Par ailleurs, lors de cette détention le mineur va pouvoir bénéficier de soins. La prison est un lieu où l'on soigne et la question de la santé du mineur va être abordée, plus largement, dans le cadre de la mission de réinsertion et d'éducation. En effet, l'exposé des motifs de l'ordonnance de 1945 affirmait que « *La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains* »

Le terme de santé doit être entendu largement. La charte d'Ottawa, adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le 21 novembre 1986, ne la réduit pas à l'état de bon fonctionnement de l'organisme, à l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle est davantage un « *état de complet bien-être physique, mental et social* ». La santé est donc perçue comme « *une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie* ».

Tout individu a un droit à la protection de sa santé. Ce droit est protégé par les textes

---

<sup>4</sup> Cass. Crim. 13 décembre 1956, arrêt Laboube consacré par la loi du 9 septembre 2002 (article 122-8 du code pénal)

<sup>5</sup> Dans le projet de réforme de la justice pénale des mineurs porté par la Ministre de la Justice, il est question de fixer justement un seuil d'irresponsabilité pénale fixé à 13 ans

<sup>6</sup> CIDE, Article 37

<sup>7</sup> Créés par la loi du 9 septembre 2002

internationaux, comme la constitution de l'OMS, signée le 22 juillet 1946 et par le droit interne<sup>8</sup>. La loi pénitentiaire de 2009 rappelle, par ailleurs, que l'administration pénitentiaire doit garantir aux mineurs détenus le respect des droits fondamentaux reconnus à l'enfant<sup>9</sup>, dont fait partie le droit à la protection de la santé.

Le mineur détenu dispose donc d'un accès aux soins, qui doit être facilité, comme pour n'importe quel citoyen. Ce droit est essentiel dans la mesure où l'incarcération a un impact fort, sur la vie des mineurs et peut avoir d'importantes répercussions sur leur santé.

Cette prise en charge, pendant le temps de la détention, comprend évidemment le fait de lui prodiguer des soins mais, aussi, celui de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour que le mineur détenu soit en bonne santé, au sens large du terme. Il s'agit de favoriser également son bien-être et de lui permettre de se construire, en lui apportant les outils et informations nécessaires pour qu'il fasse les bons choix pour sa santé.

Une circulaire interministérielle du 13 mai 2008<sup>10</sup> relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés est venue préciser certaines caractéristiques liées à ce public et ainsi guider les professionnels. Cette circulaire rappelle l'objectif de faire du jeune l'acteur de sa santé et de le responsabiliser en ce sens. Trois principes guident cette prise en charge<sup>11</sup>: l'incapacité du mineur à exercer seul ses droits et obligations, liée à son état de minorité, le devoir de protection et d'éducation et l'intérêt supérieur de l'enfant. Ils doivent guider les professionnels de santé qui prendront en charge le mineur mais aussi les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse, chargés du suivi éducatif du mineur détenu, et ceux de l'administration pénitentiaire.

Cette question de la prise en charge sanitaire des mineurs détenus est tout à fait actuelle. Le nombre de mineurs détenus est, en effet, croissant et le recours au prononcé de peines privatives de liberté n'est pas exceptionnel. Il y avait au 1er décembre 2018, 814 mineurs écroués en France<sup>12</sup>, dont 651 prévenus et 163 condamnés (certains n'étant pas détenus). 801 mineurs étaient effectivement détenus et la majorité de ces mineurs avait plus de 16 ans.

---

<sup>8</sup> Notamment CSP, art. L1110-1

<sup>9</sup> Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, art. 59

<sup>10</sup> Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 n° 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

<sup>11</sup> Guide méthodologique: Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice – Ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé - Edition 2019

<sup>12</sup> Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France - situation au 1er décembre 2018-Direction de l'Administration Pénitentiaire - Bureau des statistiques et des études (SDME - Me5)

Un rapport d'information du Sénat, fait au nom de la mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés, déposé le 25 septembre 2018<sup>13</sup>, souligne, par ailleurs, qu'en cinq ans le nombre de mineurs détenus a augmenté de 28% (696 en octobre 2019 contre 893 le 1er juin 2018). Cette progression n'est pas corrélée à une explosion de la délinquance comme le souligne notamment la directrice de la PJJ, Mme Madeleine Mathieu, citée dans ce rapport. Le nombre de faits de délinquance commis par les mineurs a même atteint un point bas en 2016. La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) dans un avis du 27 mars 2018 sur la privation de liberté des mineurs, cité par la mission d'information du Sénat, explique alors cette progression de la détention des mineurs par une « *surpénalisation* » de certains comportements délictueux des mineurs. Cela va à l'encontre des textes prévoyant qu'une solution alternative à l'incarcération doit toujours être recherchée et favorisée.

Si celle-ci ne peut être évitée, l'Etat doit s'assurer du respect des droits du détenu et de sa prise en charge. Eudoxie Gallardo écrit, en ce sens, *“Mettre un enfant en prison : le priver du soleil dont il a besoin pour se développer, le priver des grands espaces qui lui permettent de se dépenser, le priver de sa famille indispensable à son épanouissement. Voilà une lourde responsabilité pour un État de droit face à laquelle on ne peut que s'interroger quant à l'existence de droits spécifiques destinés à veiller sur ces mineurs privés de liberté”*<sup>14</sup>. Cette même auteure tend à observer un renforcement de leurs droits, témoignant d'une autonomisation du statut de mineur détenu.

Le droit à un accès aux soins égal à celui de tout patient et le droit à une prise en charge adaptée font nécessairement partie de cette responsabilité de l'Etat. Les détenus ont ainsi acquis le statut de patient, de manière progressive. Le dispositif de prise en charge sanitaire a été notamment mis en place après les deux guerres mondiales, périodes de forte dégradation des conditions de détention. La loi du 18 janvier 1994 a plus tardivement permis une avancée dans l'organisation de la prise en charge des détenus, en transférant la responsabilité de leur santé du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé. Ce texte a *“visé à faire bénéficier les personnes détenues d'une prise en charge sanitaire d'une qualité identique à celle offerte à la population*

---

<sup>13</sup> Rapport d'information de M. Michel AMIEL, fait au nom de la mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés du Sénat, *Une adolescence entre les murs : l'enfermement, dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif*, déposé le 25 septembre 2018

<sup>14</sup> GALLARDO E., Les droits fondamentaux du mineur détenu : entre protection et éducation - PUTMAN E., GIACOPELLI M., Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté, Mare et Martin, 2016,

*générale dans des conditions qui respectent leurs droits à la dignité et à la santé*<sup>15</sup>. Protéger la santé des personnes incarcérées c'est, en effet, respecter leur dignité, leur humanité mais c'est aussi un moyen d'atteindre l'objectif de réinsertion et de réhabilitation des détenus. Espérer atteindre le reclassement du détenu ne peut se faire qu'en le restaurant dans son corps et dans son esprit et suppose de faire de lui un être sain<sup>16</sup>.

Au cours de leur prise en charge, les détenus bénéficient en principe des mêmes droits que ceux qui ont été progressivement reconnus à tous les patients<sup>17</sup>, dans une logique d'abandon du paternalisme et de promotion de l'autonomie. Il est possible d'évoquer de manière non exhaustive le droit à l'information, la primauté du consentement, le droit à la confidentialité des informations médicales le concernant, le droit au respect de sa dignité, et de son intégrité physique, et la non-discrimination dans l'accès aux soins.

Toutefois, faire du détenu un patient comme les autres serait un vœu pieux. La décision du 20 janvier 1994 du Conseil Constitutionnel<sup>18</sup> rappelle, en effet, que si l'exécution des peines privatives de liberté en matière correctionnelle et criminelle a été conçue pour préparer la réinsertion et favoriser l'amendement du condamné, elle vise aussi à protéger la société et assurer la punition du condamné. Cette mission de sécurité publique, qui est souvent perçue comme la plus importante incombant à l'administration pénitentiaire, en fait un patient particulier et le respect de ses droits se heurte à la nécessité d'assurer la sécurité des personnels de l'administration pénitentiaire, des professionnels du soin ainsi que des autres détenus. La privation de liberté justifie alors des adaptations aux droits du détenu. Cette adaptation, voire cette restriction des droits du patient est valable aussi pour le mineur détenu.

Le mineur détenu, qui bénéficie d'un régime particulier en droit civil, pénal et pénitentiaire, est un patient singulier, puisqu'il ne peut consentir seul à l'acte de soins. Seul le consentement du titulaire de l'autorité parentale est exigé même si celui du mineur est recherché. Le parent bénéficie de droits quand il s'agit de son enfant malade et cela singularise la prise en charge sanitaire de ce détenu. Les mineurs incarcérés sont toutefois en réalité coupés de leur

---

<sup>15</sup> Cour des Comptes, Rapport public annuel 2014, Paris, La documentation française, 2014, cité par BONNE-HARBIL A., *Droit et santé en détention*, Thèse de droit privé et de sciences criminelles soutenue à l'université de Lorraine, le 12 décembre 2016, LEH édition

<sup>16</sup> Idée avancée notamment par BONNE-HARBIL A., *Droit et santé en détention*, *op.cit.*

<sup>17</sup> Notamment grâce à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>18</sup> Cons. Const., Décision n° 93-334 DC du 20 janvier 1994

environnement familial, physiquement, du fait de la détention, et, souvent, sur le plan affectif. Si le législateur fait du détenteur de l'autorité parentale, un acteur central de la prise en charge sanitaire du mineur, il n'est en réalité pas toujours évident de l'inclure dans le parcours de soin en détention. Les droits des parents ou des titulaires de l'autorité parentale sont en ce sens heurtés par la détention.

Enfin, souffrant souvent de troubles du comportement, de carences affectives et d'addictions<sup>19</sup>, le mineur, plus vulnérable doit faire l'objet d'une vigilance accrue. Autour de lui doit se développer, en plus d'un dispositif curatif, un volet préventif indispensable et une éducation à la santé renforcée.

Il convient de se demander si la prise en charge de la santé du mineur détenu est suffisamment adaptée aux besoins très spécifiques de ce patient singulier et d'étudier la distorsion pouvant exister entre les droits du jeune patient détenu et leur effectivité réelle.

Cela conduit, dans un premier temps, à s'intéresser à l'effectivité de l'accès aux soins pour le mineur détenu et à l'adaptation du dispositif de prise en charge aux particularités de ce public.

Dans un second temps, il s'agira d'étudier les possibles atteintes portées aux droits du mineur détenu, en qualité de patient.

---

<sup>19</sup> Rapport de la mission d'information du Sénat, *op. cit* p.5

## PARTIE I - Un accès au soin garanti et adapté pour le mineur détenu

Le mineur détenu bénéficie comme tout patient, d'un droit à la protection de sa santé et à un accès aux soins effectif. Ce droit, qui s'accompagne notamment d'une protection sociale renforcée a vu son contenu enrichi par le législateur. Le jeune doit alors pouvoir bénéficier d'une continuité et d'une permanence des soins. Toutefois comme le dit Mme Adeline Hazan, contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGPL), dans un avis du 16 juin 2015, *“les patients détenus disposent des mêmes droits d'accès aux soins que tous les autres sous réserve des restrictions liées à la privation de la liberté d'aller et venir dont ils font l'objet”*<sup>20</sup>.

Les éventuelles restrictions à l'accès aux soins s'appliquent à tous les détenus, majeurs et mineurs. Le mineur voit alors son droit d'accès aux soins parfois contraint, dans ses modalités, ou restreint, en raison de la privation de sa liberté d'aller et venir.

Parler de l'accès aux soins du mineur, c'est aussi mettre en évidence la spécificité de sa prise en charge. Il bénéficie en effet d'une prise en charge renforcée et spécialisée, avec en ligne de mire l'intérêt de l'enfant. Vigilance accrue, éducation à la santé, et pluridisciplinarité semblent être alors les principes cardinaux de cette spécialisation.

### **Chapitre I - Un droit à la protection de la santé reconnu et garanti**

La prison est un lieu où l'on soigne. Les mineurs détenus, qui bénéficient d'un droit renforcé à la protection de leur santé, ont accès aux soins grâce à un dispositif de prise en charge, introduit après les deux conflits mondiaux. Ce dispositif a évolué à la suite de la reconnaissance de plus en plus importante des droits des détenus et de la conquête du statut de patient.

Les mineurs bénéficient de ce dispositif de soins. Toutefois, si l'accès aux soins est relativement effectif, il doit parfois être adapté aux contraintes inhérentes à la détention. La privation d'aller et venir et la nécessité de préserver la sécurité et l'ordre public l'empêchent par exemple de consulter le médecin de son choix et peuvent entraîner le report de sa prise en charge.

---

<sup>20</sup> CGPL, HAZAN A., Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé, JORF 16 juillet 2015

## ***Section I - Reconnaissance et organisation de l'accès aux soins en détention pour les mineurs.***

Le droit à la protection de la santé du mineur détenu puise sa légitimité dans de nombreux textes, internationaux et nationaux. Afin que ce droit soit effectif, un dispositif sur trois niveaux est mis en place et permet de prendre en compte tous les besoins de santé somatiques ou psychiatriques du mineur. Les demandes de consultation sont facilitées et le mineur peut alors bénéficier de consultations de médecine généraliste ou spécialisée, au sein de l'établissement pénitentiaire ou à l'extérieur, le cas échéant. Il peut aussi rencontrer des professionnels paramédicaux sur les questions de santé.

### **Paragraphe 1 - La reconnaissance du droit à la protection de la santé du mineur détenu**

Le droit à la protection de la santé est un droit universel attaché à la personne humaine. En ce sens, le mineur détenu bénéficie de ce droit, unanimement affirmé (A), ayant vu son contenu enrichi par le législateur. Il comporte ainsi d'autres droits, comme celui de l'égal accès aux soins, la continuité des soins ou encore un droit à la sécurité sanitaire (B).

#### ***A) Un droit unanimement affirmé et applicable au mineur détenu***

Le droit à la protection de la santé est un droit universel, attaché à la personne humaine. Il est affirmé à la fois par les textes internationaux et par le droit français.

Ainsi, sur le plan international, la constitution de l'OMS établit que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ». Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 dispose, dans son article 12, que les Etats parties reconnaissent le droit, dont dispose toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

Au niveau européen, l'article 35 de la charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, proclamée à Nice en 2000, dispose également que toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. La Convention de sauvegarde des droits de



l'homme et des libertés fondamentales de 1950, n'affirme pas directement un droit à la protection de la santé mais protège le droit à la vie dans son article 2 et prohibe les traitements ou peines inhumains ou dégradants, dans son article 3. Ces articles sont invoqués par la Cour Européenne des Droits de l'Homme pour protéger les détenus des mauvais traitements en détention et leur droit à la vie<sup>21</sup>.

Le droit français garantit aussi un droit à la protection de la santé. Ainsi le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946<sup>22</sup> à l'article 11, affirme que la Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, la protection de la santé. Ce droit à la santé est aussi affirmé par la loi du 4 mars 2002<sup>23</sup>, qui introduit dans le code de la santé publique l'article L1110-1, disposant que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». Les autorités sanitaires, les professionnels ou encore les établissements de santé doivent alors garantir l'égal accès aux soins nécessaires à l'état de santé de la personne, la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Ce droit est donc universellement garanti et protège évidemment le mineur. Ainsi la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989, affirme dans son article 24 que « *les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.* ». Pour assurer cet accès aux soins, les Etats parties doivent aussi reconnaître à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale<sup>24</sup>.

Les détenus, mineurs ou non, ne sont alors pas exclus de ce droit à la protection de la santé, du fait de leur incarcération. Les Nations Unies ont prescrit dans un « *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus* » que « *les services de santé doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale de santé publique et de manière à faciliter la continuité du traitement et des soins ...* »<sup>25</sup>. Par ailleurs, au niveau national, la loi pénitentiaire de 2009<sup>26</sup> affirme, dans son article 46, que la qualité et la continuité des soins doivent être garanties aux personnes détenues dans des « *conditions équivalentes* » à celles dont bénéficie le reste de la population. Ce même texte de 2009 rappelle que l'administration pénitentiaire doit

---

<sup>21</sup> CEDH, 16 octobre 2008, Renolde c/ France, req. N°5608/05 : Condamnation de la France pour violation des articles 2 et 3 de la convention européenne des droits de l'Homme. Cette affaire portait sur le suicide d'un détenu souffrant de troubles psychotiques.

<sup>22</sup> Ce préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 fait partie du bloc de constitutionnalité depuis la décision Cons. Const., n°71-44 DC du 16 juillet 1971. Ce droit à la protection de la santé a alors une valeur constitutionnelle.

<sup>23</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002

<sup>24</sup> Article 26

<sup>25</sup> Règle 24.2

<sup>26</sup> Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009

garantir aux mineurs détenus le respect des droits fondamentaux reconnus à l'enfant. Cela comprend évidemment le droit à la protection de la santé. Le mineur détenu doit donc bénéficier d'une prise en charge sanitaire, équivalente à celle de tout mineur non détenu.

Le service public hospitalier doit, en outre, respecter certains droits, venus enrichir le contenu du droit à la protection de la santé. Ces droits sont garantis grâce au droit de recours du mineur.

#### *B) Contenu et garantie du droit à la protection de la santé*

Le droit à la protection de la santé se décline en plusieurs droits que sont l'égal accès aux soins pour tous, la continuité des soins, la prévention et la meilleure sécurité sanitaire possible.

L'égal accès aux soins suppose, tout d'abord, qu'aucune personne ne puisse faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins<sup>27</sup>. Ensuite, la continuité des soins signifie que toute personne, ayant besoin de recevoir des soins, doit être prise en charge par un établissement de santé ou un professionnel, en fonction de la gravité de son état, dans les plus brefs délais et en tout point du territoire. Elle doit pouvoir recevoir des « *soins les plus adaptés et appropriés à son état* »<sup>28</sup>. La minorité ou la détention ne peuvent justifier une quelconque atteinte à ce droit. Cette continuité des soins est une obligation pesant sur les établissements de santé et les professionnels<sup>29</sup>. Elle rejoint le principe de continuité du service public hospitalier, qui prescrit, pour les structures assurant ce service public, de garantir à tous les patients, la permanence de l'accueil, de la prise en charge ou, si besoin, l'orientation vers une autre structure, vers un autre établissement. Il s'agit d'un principe de fonctionnement du service public de valeur constitutionnelle<sup>30</sup>. Cela suppose notamment d'assurer une permanence des soins, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ce principe est transposable aux soins des détenus, comme le prévoit l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009, précédemment cité.

En outre, le droit à la protection de la santé inclut aussi un droit à la sécurité sanitaire, prévu à l'article L1110-5 du CSP. Un comité interministériel de coordination de la santé est alors chargé d'examiner si les conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire sont satisfaisantes dans les établissements pénitentiaires<sup>31</sup>. L'article D.380 du code de procédure pénale dispose,

---

<sup>27</sup> CSP, Article L1110-3

<sup>28</sup> MOQUET-ANGER M-L., Droit hospitalier, 5<sup>e</sup> édition, avril 2018, LGDJ, Lextenso

<sup>29</sup> CSP, R.4127-47

<sup>30</sup> Cons. Const., déc n°79-105, DC du 25 juillet 1979, JO 27 juill.

<sup>31</sup> CPP, art. D. 348-3

par ailleurs, que le médecin responsable des unités de consultations et de soins ambulatoires doit veiller “à l’observation des règles d’hygiène collective et individuelle dans l’établissement pénitentiaire. À ce titre, il est habilité à visiter l’ensemble des locaux de l’établissement et à signaler aux services compétents les insuffisances en matière d’hygiène et, de manière générale, toute situation susceptible d’affecter la santé des personnes détenues; il donne son avis sur les moyens d’y remédier.”. Enfin, le droit à la protection de la santé comprend également un volet préventif, qui fera l’objet de développements ultérieurs.

Par ailleurs, plusieurs autorités s’assurent de la bonne effectivité de ces droits. De manière non exhaustive, il s’agit de l’autorité judiciaire ou du juge administratif, devant lesquels le mineur peut faire un recours, en cas d’atteinte à ses droits. La cour européenne des droits de l’Homme est très active en la matière également<sup>32</sup>. Le Défenseur des droits peut aussi être saisi par toute personne s’estimant lésée dans ses droits par le fonctionnement d’un service public.

Enfin, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGPL), institué par la loi du 30 octobre 2007<sup>33</sup>, joue un rôle important dans le contrôle des lieux de détention, en visitant les établissements pénitentiaires et en formulant des recommandations. Cette autorité administrative indépendante s’attache à regarder tous les aspects de la détention et ainsi s’assure de la bonne prise en charge sanitaire des détenus.

Le droit à la protection de la santé est donc garanti par le législateur national et international. Il bénéficie d’un contenu enrichi et s’accompagne d’un droit de recours. Toutefois, il doit nécessairement s’accompagner d’un dispositif de prise en charge adapté aux contraintes de la détention afin d’être pleinement effectif.

### Paragraphe 2 : Le dispositif de prise en charge sanitaire

La loi du 18 janvier 1994 a réformé le système de soins aux détenus, et a confié la prise en charge sanitaire au service public hospitalier. Le code de la santé publique dispose que les établissements de santé délivrent les soins “aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier”<sup>34</sup>. Désormais, il s’agit d’une mission du service public hospitalier. Pour permettre l’effectivité de cette mission, un dispositif de soins sur trois niveaux

---

<sup>32</sup> A titre d’exemple: CEDH, 16 oct. 2008, Renolde c/ France, req. N°5608/05 ; CEDH, 19 juillet 2012 Ketreb c./ France, req. n°38447/09 ou encore CEDH, 3 avril 2001, Keenan c./ Royaume-Uni, req. n°27229/95

<sup>33</sup> Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007

<sup>34</sup> CSP, Art. L6111-1-2

est mis en œuvre (A). Cela permet d'organiser les consultations au sein de chaque échelon, remboursées grâce à l'affiliation systématique du mineur détenu à la sécurité sociale (B).

#### A) *L'organisation de la mission de service public hospitalier*

La mission de soins aux détenus suppose la signature d'un protocole entre les acteurs concernés. Ce dernier permet ensuite d'organiser le dispositif de soins, sur trois niveaux.

Tout d'abord, pour chaque établissement pénitentiaire, le directeur général de l'ARS désigne l'établissement public de santé, qui sera chargé de dispenser les soins aux détenus, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire, comme le dispose l'article R6112-14 du code de la santé publique.

Un protocole est ensuite signé par le directeur général de l'ARS, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé, après avis du conseil de surveillance. Il fixe les modalités d'intervention de l'établissement de santé. Ainsi, une convention a été par exemple signée en 2013 pour l'UHSA Paul Guiraud de Villejuif, afin de conférer une habilitation visant l'hospitalisation avec ou sans consentement de personnes détenues, hommes et femmes, souffrant de troubles psychiatriques. Les mineurs détenus « *dès l'âge de 16 ans, par exception au principe pénitentiaire de séparation des personnes détenues majeures et mineures* »<sup>35</sup> étaient aussi visés. La directrice territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse du Val-de-Marne était signataire, en raison de cette possibilité de prendre en charge des mineurs.

Le dispositif de soins repose ensuite sur trois niveaux<sup>36</sup>. Le premier regroupe les soins ambulatoires au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). L'USMP a en principe remplacé en 2012 les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)<sup>37</sup>.

Le deuxième niveau concerne les soins nécessitant une prise en charge à temps partiel. Cela comporte notamment les soins d'hôpital de jour en psychiatrie. Les soins somatiques de

---

<sup>35</sup> Rapport de visite de l'UHSA Paul Guiraud Villejuif du CPGL avril 2014

<sup>36</sup> Guide méthodologique de prise en charge des personnes placées sous main de justice, *op. cit.*

<sup>37</sup> La lecture des rapports du CGPL montre que le terme de SMPR est encore utilisé, même en 2016. Le terme d'USMP ne semble pas largement admis.

niveau 2 vont être dispensés au sein de l'établissement hospitalier, rattaché à l'établissement pénitentiaire.

Le troisième niveau va, quant à lui, concerner les soins nécessitant une hospitalisation à temps complet. Celle-ci aura lieu alors dans les chambres sécurisées dont disposent les hôpitaux, au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)<sup>38</sup>, ou au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Ces dernières prennent en charge les détenus souffrant de troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation, avec ou sans consentement. Les unités pour malade difficiles (UMD) peuvent également recevoir des détenus.

L'UHSA<sup>39</sup> se différencie de l'UHSI dans la mesure où, si elle est aussi sécurisée par l'administration pénitentiaire, celle-ci n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf en cas de demande du personnel soignant. L'hospitalisation peut être faite avec ou sans consentement, en application de l'article L. 3214-1 I et II. du CSP.

Ce dispositif de soins, somatique ou psychiatrique, permet au détenu de pouvoir consulter un praticien directement dans l'établissement où il est incarcéré ou à l'hôpital de rattachement.

#### *B) L'organisation des consultations en milieu pénitentiaire et de la permanence des soins*

Au sein du niveau 1, les USMP assurent les consultations individuelles et certains actes de soins. Il y a un dispositif de soins somatiques et un dispositif dédié aux soins psychiatriques. Le dispositif destiné aux soins somatiques assure les consultations de médecine générale, infirmières, d'arrivée ou de sortie, de dépistage, ou encore les consultations spécialisées, comme l'ophtalmologue ou le dentiste par exemple. Pour les mineurs, il peut y avoir également des consultations d'orthophoniste. Des médecins spécialistes se déplacent régulièrement pour effectuer un suivi au sein de l'établissement et afin d'éviter les extractions, qui nécessitent une certaine organisation, en termes de sécurité.

Le dispositif destiné aux soins psychiatriques permet les consultations par le médecin psychiatre ou par un psychologue. Il existe également des activités thérapeutiques de groupe. Par exemple, dans l'EPM<sup>40</sup> d'Orvault, l'offre de soin en santé mentale est jugée variée par le

---

<sup>38</sup> Il y en a huit sur le territoire national, rattachés à des CHU. La sécurisation de ces unités est assurée par l'administration pénitentiaire, qui contrôle notamment les entrées et sorties.

<sup>39</sup> L'organisation de ces unités est prévue par la circulaire du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

<sup>40</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs d'Orvault (Loire-Atlantique), du 9 au 12 mai 2016 – 2ème visite

CGPL. Les arrivants bénéficient d'un entretien avec l'infirmière du SMPR afin d'évaluer le risque suicidaire ou de repérer une pathologie mentale. Si besoin, le mineur peut être vu immédiatement par un médecin psychiatre. Une réunion clinique pluriprofessionnelle, hebdomadaire, permet à l'infirmière de proposer une orientation des nouveaux patients vers le psychiatre ou la psychologue et de décider du mode de prise en charge. Il n'y a pas de délai d'attente et les mineurs, suivis par un psychiatre, sont reçus toutes les semaines. Une psychologue reçoit aussi les jeunes. Elle propose des travaux de groupe ou des entretiens individuels. En outre, des ateliers thérapeutiques hebdomadaires sont organisés. Cela peut être de la médiation par la pâtisserie, des ateliers d'expression picturale ou encore des ateliers sport et santé. Une des infirmières anime aussi un atelier de zoothérapie. Les mineurs doivent s'occuper des animaux, d'un lapin notamment, afin de travailler le "lien à l'autre". Par ailleurs, le CGPL<sup>41</sup> rappelle que les thérapies ne doivent pas être interrompues lorsque les jeunes détenus sont placés au quartier disciplinaire, la prise en charge médicale étant indispensable. Il y a donc un suivi particulièrement important sur le plan psychiatrique ou psychologique, les jeunes étant généralement en bonne santé sur le plan somatique.

Par ailleurs, la demande de consultation se fait principalement par écrit grâce à des boîtes aux lettres mises à la disposition des détenus. Les personnels soignants recueillent les demandes. Elles peuvent éventuellement être transmises par le personnel pénitentiaire, à la demande de la personne détenue, ou par les personnels éducatifs de la PJJ, quand il s'agit de mineurs et, ce, notamment si le mineur a des difficultés pour la lecture ou l'écriture.

Certaines consultations s'effectuent en dehors du centre pénitentiaire. L'article R. 6112-23 du CSP dispose que le protocole signé par les différents acteurs prévoit « *les conditions dans lesquelles les détenus ont accès, pour des consultations ou des examens médico-techniques, aux équipements médicaux situés dans l'établissement de santé* ». L'administration pénitentiaire va alors organiser l'extraction de la personne et permettre la consultation au sein de l'établissement de santé rattaché.

En outre, ce dispositif est accompagné d'une permanence des soins, en dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire. Au centre pénitentiaire de Rennes, accueillant uniquement des femmes, majeures et mineures, un médecin est d'astreinte afin d'assurer cette permanence des soins en dehors des horaires de présence au sein de l'unité sanitaire. Ce dernier peut

---

<sup>41</sup> CGPL, Rapport de visite : Etablissement pénitentiaire pour mineurs de Porcheville, 2 au 6 octobre 2017 - 3ème visite

ainsi être amené à accueillir une mineure arrivante, en dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire et ce, même la nuit<sup>42</sup>.

Toutes ces consultations sont prises en charge par la sécurité sociale. Les mineurs, comme tout détenu, sont rattachés au régime général de la sécurité sociale à titre individuel durant leur détention. Ils ne sont plus les ayants droit de leurs parents. En matière de complémentaire santé, ils peuvent toutefois être couverts par celle de leurs parents.

Le droit à la protection de la santé est donc effectif, grâce à ce dispositif de prise en charge. Le transfert de la prise en charge des détenus au service public hospitalier, en 1994 a grandement contribué à son amélioration.

Toutefois, les contraintes inhérentes à la détention peuvent limiter, retarder ou contraindre l'accès aux soins.

## ***Section II - Les contraintes pesant sur l'accès au soin, par le mineur détenu***

Si le dispositif de prise en charge est bien organisé, l'accès aux soins peut se voir restreint ou reporté pour des raisons notamment de sécurité ou de fonctionnement de l'établissement. Le retard est souvent lié à l'organisation des extractions et des transports, très encadrée pour des raisons de sécurité. Par ailleurs, si l'accès à des praticiens semble largement possible, il peut être inégal selon les établissements.

L'accès aux soins peut aussi être contraint, dans ses modalités. Le principe de libre choix du médecin n'est ainsi pas transposable au mineur détenu.

### **Paragraphe 1 : La question du libre choix du médecin, atteinte à la volonté du mineur détenu**

Le choix du médecin ou de l'établissement par le patient détenu peut être heurté par les contraintes inhérentes à la détention. Ainsi le libre choix du médecin par le patient, prévu par la loi du 4 mars 2002 (A), n'est pas transposable aux détenus (B).

---

<sup>42</sup> Informations collectées lors de mon entretien avec le Dr Savouré, médecin responsable de l'unité sanitaire prenant en charge les soins somatiques, au centre pénitentiaire de Rennes - 21 juin 2019

*A) Le principe du libre choix du médecin, hors du milieu pénitentiaire*

Le principe de libre choix du médecin et de l'établissement de santé est prévu par l'article L1110-8 du code de la santé publique. Cet article dispose que le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé, ainsi que de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Toutefois ce principe est d'une effectivité relative et ce, même pour les patients, qui bénéficient encore de la liberté d'aller et venir. En effet, en matière d'hospitalisation, plusieurs contraintes inhérentes au fonctionnement de l'établissement, à l'offre de proximité en matière de soins ou encore à la planification de cette offre viennent heurter ce principe, que ce soit pour des soins préalablement programmés ou pour des soins d'urgence. Cela vaut à la fois pour le choix du médecin et de l'établissement. En cas de refus du patient d'être pris en charge par tel ou tel professionnel, celui-ci risque d'être pris en charge dans un délai plus long et il prend alors le risque de voir son état se dégrader. Par ailleurs, si le patient peut choisir son établissement, le choix du praticien dépend de l'organisation du travail en équipe et des disponibilités des professionnels. Cela différencie le patient d'un client, qui rechercherait une prestation de services<sup>43</sup>. Pour un patient qui consulterait en ville, ou dans un cabinet libéral, le choix est plus large *a priori* puisqu'il pourra choisir entre les différents professionnels. Toutefois, cela dépendra évidemment de l'offre médicale autour de lui et le choix reste contraint dans certaines zones du territoire.

Le droit au libre choix du médecin est donc parfois peu effectif, hors du milieu pénitentiaire. Pour les détenus, il est largement limité par les textes.

*B) Le libre choix du praticien et de l'établissement de santé, un principe non transposable au mineur détenu*

L'article D365 du Code de procédure pénale dispose que les détenus ne peuvent être examinés ou soignés par un médecin de leur choix sauf décision contraire du directeur interrégional des services pénitentiaires. Ils devront par ailleurs en assumer les frais.

---

<sup>43</sup> MOQUET ANGER M-L., "Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ ou citoyen", Revue générale de droit médical n°12, 2004, Les Études Hospitalières



Les mineurs sont examinés et soignés par les praticiens intervenant au sein de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire. En cas de consultations à l'extérieur ou d'hospitalisation, ils sont pris en charge par l'établissement de santé de proximité, ayant signé un protocole avec l'administration pénitentiaire ou par les UHSA, UHSI, spécialement aménagées pour le soin aux détenus. Au centre pénitentiaire de Rennes, par exemple, les soins somatiques aux détenues mineures et majeures relèvent du centre hospitalier universitaire de cette même ville.

Cette restriction semble s'expliquer par des contraintes organisationnelles. La mission de l'administration pénitentiaire reste, en effet, la surveillance des détenus, la sécurité et le bon ordre. En matière de soin, l'une des priorités de l'administration pénitentiaire est de s'assurer de la sécurité des personnels soignants et d'éviter les évasions. La prise en charge directement au sein de l'établissement est alors la plus facile et permet d'assurer au mieux ces deux missions. Si elle n'est pas possible, des extractions médicales sécurisées par une escorte pénitentiaire sont organisées<sup>44</sup>. Les UHSI et UHSA sont également sécurisées par le personnel surveillant. Or, seuls certains praticiens exercent au sein de ces unités et au sein des établissements pénitentiaires. Cela explique alors que le principe du libre choix du praticien ne soit pas transposable au détenu.

La restriction dans le libre choix de l'établissement et du praticien est toutefois justifiée par la nécessité de préserver la sécurité des tiers, en encadrant les extractions. Elle s'explique aussi par la nécessité d'organiser les soins, tout en tenant compte de la privation de liberté.

L'accès aux soins du mineur détenu est par ailleurs plus susceptible d'être retardé ou limité par une insuffisance de personnel au sein de l'établissement où il est incarcéré.

### Paragraphe 2 : Un accès aux soins inégal ou retardé

Si l'accès aux soins en détention est globalement satisfaisant, il peut y avoir des disparités selon les établissements (A). Par ailleurs, l'organisation des extractions médicales et des transports peut entraîner le report de l'accès à la consultation (B).

---

<sup>44</sup> *Infra Partie II – Chapitre I – Section II*

### A) Une prise en charge inégale selon les établissements

Le rapport du Sénat<sup>45</sup> “*Une adolescence entre les murs : l'enfermement, dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif*”, suggère que la prise en charge est meilleure dans les EPM que dans les QPM. Le Dr David Sechter, représentant de l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP), auditionné par le Sénat, a estimé que les pratiques en matière de suivi psychiatrique étaient différentes, entre les EPM et les QPM. A titre d'exemple, la quasi-totalité des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault sont pris en charge sur le plan de la santé mentale, afin d'éviter notamment toute stigmatisation. Au sein du quartier pour mineurs de la maison d'arrêt de Luynes, à Aix-en-Provence, qui accueille 25 mineurs, l'équipe médicale réalise un premier entretien pour chaque détenu, dans le cadre de son évaluation préalable et développe des activités en individuel ou en groupe. Toutefois elle “*n'assure ensuite un suivi que pour 30 % d'entre eux, faute de moyens adaptés*”.

Concernant la prise en charge somatique, le constat est similaire. Ainsi, si les EPM disposent de moyens propres, les QPM dépendent quant à eux des ressources du service médical de la maison d'arrêt. Le rapport fait état également d'un manque d'attractivité de la médecine pénitentiaire, qui touche particulièrement certains établissements. Ainsi dans l'établissement pénitentiaire de Fleury-Mérogis, qui accueillait une centaine de mineurs au sein d'un quartier dédié, la moitié des postes étaient vacants selon le Dr Valérie Kanoui, de l'association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP). Au moment de son audition un seul addictologue y exerçait pour 4400 détenus. Le problème des addictions se pose pourtant avec une acuité particulière en détention, les jeunes souffrant souvent d'une addiction au cannabis.

La lecture du rapport de visite du CGPL à la maison d'arrêt de Varces<sup>46</sup> qui comprend un quartier pour mineurs souligne *a contrario* la bonne prise en charge sanitaire des détenus, majeurs ou mineurs. Néanmoins il n'y a pas de réelle spécificité dans la prise en charge des mineurs, mise à part la visite des infirmiers au quartier des mineurs en cas de nouvel arrivant.

---

<sup>45</sup> Rapport d'information de M. Michel AMIEL, fait au nom de la mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés du Sénat, *Une adolescence entre les murs : l'enfermement, dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif*, déposé le 25 septembre 2018

<sup>46</sup> CGPL, Rapport de visite : Maison d'arrêt de GRENOBLE-VARCES - 8 au 12 février 2016 - 2ème visite

Il y a donc une prise en charge parfois inégale entre les différents types d'établissements pénitentiaires et entre les établissements eux-mêmes.

*B) L'organisation des extractions, facteur de report de la prise en charge*

L'extraction est définie par l'article D391 du Code de procédure pénale. Il s'agit de l'opération par laquelle un détenu est conduit sous surveillance en dehors de l'établissement de détention, lorsqu'il doit comparaître en justice ou lorsqu'il doit recevoir des soins, qui ne peuvent pas être dispensés dans l'établissement pénitentiaire. Des précautions doivent être prises pour éviter les évasions ou tout autre incident lors de ces extractions<sup>47</sup>. Un dispositif de sécurité est mis en œuvre, répondant à l'une des missions du service public pénitentiaire qui est de contribuer à la sécurité publique<sup>48</sup>. Il ne doit toutefois pas perturber les soins prodigués<sup>49</sup>.

Les extractions peuvent nécessiter de mettre en place une escorte pénitentiaire. Cette organisation peut se voir contrariée pour diverses raisons. Cela entraîne alors le report de la consultation et donc de l'accès aux soins. Ainsi à l'EPM de Laval<sup>50</sup> en 2014, il y a eu cinq annulations d'extractions sur soixante-dix-neuf extractions programmées, faute de personnel pénitentiaire. A l'EPM de Marseille<sup>51</sup>, un fichier pénitentiaire récapitulatif des extractions, élaboré entre le 3 novembre 2014 et le 27 février 2015, fait état de dix annulations d'extractions. Cinq ont été remplacées par des transferts de détenus, quatre ont été annulées pour des problèmes de véhicule ou de personnel, liés à l'administration pénitentiaire et une par le mineur détenu. Un rapport de visite de l'UHSI de Lyon fait, de plus le constat que *“le recours aux consultations spécialisées ou au plateau technique doit prendre en compte la disponibilité des escortes ; dans ce contexte il peut arriver que les délais d'accès soient allongés”*<sup>52</sup>.

Au centre pénitentiaire de Rennes, le médecin responsable du dispositif de soins somatiques indique toutefois que le délai d'attente pour avoir un rendez-vous spécialisé est globalement le même que pour un patient “classique”. Il peut donc y avoir des disparités, liées à la bonne coordination entre les équipes de soin et l'administration pénitentiaire.

---

<sup>47</sup> CPP, Art D294

<sup>48</sup> Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

<sup>49</sup> Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale

<sup>50</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs de LAVAU, 7 au 9 juillet 2015- 2ème visite

<sup>51</sup> CGPL, Rapport de visite : Etablissement pénitentiaire pour mineurs de MARSEILLE, du 2 au 5 Mars 2015- 2ème visite

<sup>52</sup>CGPL, Rapport de visite : Unité hospitalière sécurisée interrégionale de Lyon du centre hospitalier Lyon-Sud(Rhône)- 8 au 10 décembre 2015 – 2ème visite

Si l'accès au soin des mineurs détenus est donc parfois contraint ou restreint dans ses modalités par la détention, le dispositif reste globalement effectif. Il est par ailleurs de plus en plus spécialisé et ne se limite pas au curatif, l'accent étant également mis sur le volet préventif et éducatif.

## **Chapitre II - La prise en charge du mineur détenu : entre éducation, prévention et spécialisation.**

Jean Carbonnier a écrit que la vulnérabilité suggère une *“exceptionnelle sensibilité aux coups et blessures du corps et de l'esprit, un défaut de défense plus grand que dans la moyenne des humains”*<sup>53</sup>. Le mineur détenu est perçu justement comme plus vulnérable, de par son jeune âge, et ce, malgré le danger potentiel qu'il peut représenter. Il bénéficie alors d'une prise en charge renforcée, qui conduit notamment à une vigilance accrue concernant le risque suicidaire, évalué et réévalué lors de l'entrée en détention et tout au long de celle-ci. Il bénéficie aussi de conditions de détention adaptées à sa minorité.

Par ailleurs, étant encore en pleine évolution, il est important, à côté du dispositif de soins curatifs, d'offrir à cet adolescent des outils pour qu'il puisse, à l'avenir, faire les bons choix pour sa santé. L'accent est alors mis sur la prévention et l'éducation à la santé. Sport, alimentation et promotion de la santé permettent en effet d'œuvrer à la réinsertion de ces jeunes et d'en faire des *« êtres sains »* grâce à l'intervention d'une équipe spécialisée et pluridisciplinaire.

### ***Section I : Une prise en charge adaptée pour un patient particulier***

Le rapport du Sénat *“Une adolescence entre les murs : l'enfermement dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif”*<sup>54</sup> estime que le mineur incarcéré oscille entre enfant dangereux et enfant en danger et dresse un portrait intéressant des jeunes incarcérés.

---

<sup>53</sup> Jean CARBONNIER, Droit civil, Les personnes, personnalité, incapacités, personnes morales, Paris, P.U.F., Thémis, Coll. Droit privé, 22e éd., 2000

<sup>54</sup> Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés du Sénat, *op. cit.*

Le fait qu'il soit mineur justifie par ailleurs, qu'il fasse l'objet d'une évaluation à son arrivée afin de lui offrir des conditions de détention, adaptées et une prise en charge sanitaire spécialisée.

Paragraphe 1 - Le mineur détenu, un patient à évaluer: entre enfant dangereux et enfant en danger

Ce rapport du Sénat dresse un portrait des mineurs détenus<sup>55</sup> qui laisse à voir leur vulnérabilité, tout en ne niant pas leur dangerosité réelle ou potentielle (A). Le profil des mineurs détenus permet de comprendre la nécessité d'évaluer le mineur à son arrivée en détention (B).

A) *Le profil des mineurs détenus*

Les mineurs détenus, « *poly-fracturés de la vie* »<sup>56</sup>, sont souvent des mineurs ayant grandi dans une famille dite « *dysfonctionnelle* ». Le rapport du Sénat évoque un père absent ou une mère dépassée. Il constate également des carences éducatives et affectives confirmées par le rapport du CGPL, rédigé à la suite de la deuxième visite de l'EPM d'Orvault<sup>57</sup>. Mme Anne Devreese, directrice de l'école nationale de la protection judiciaire de la jeunesse (ENPJJ), estime que 80% à 90% des jeunes délinquants ont, en outre, subi un traumatisme précoce.

Par ailleurs, le rapport fait état de troubles du comportement fréquents, qui peuvent prendre la forme d'un « *manque de contrôle de soi* », ou d'une « *faible résistance à la frustration* », pouvant conduire à des gestes violents. En outre, il indique que les addictions sont fréquentes et notamment l'addiction au cannabis<sup>58</sup>. Elles sont associées généralement à une consommation de tabac. A l'entrée en détention, les mineurs sont obligés d'arrêter de fumer puisque la cigarette est interdite. A l'examen médical d'entrée, sont alors souvent prescrits des substituts à la nicotine.

De plus, la détention peut induire certains troubles. Ainsi, le rapport du CGPL, à la suite de la visite de l'EPM d'Orvault, indique que la plupart des mineurs présentent des « *troubles réactionnels à l'incarcération* ». Ces derniers se traduisent par « *un état anxieux et un sommeil*

---

<sup>55</sup> Le constat porte sur les mineurs détenus et les mineurs en centres éducatifs fermés

<sup>56</sup> Expression employée par Anne Bérard, adjointe au directeur de l'administration pénitentiaire, lors de son audition devant la mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés du Sénat.

<sup>57</sup> CGPL, Rapport de la deuxième visite de l'EPM d'Orvault, *op. cit.*

<sup>58</sup> Constat également fait par le Dr Savouré pour les mineures incarcérées à Rennes

*perturbé*”. “Par ailleurs, l’ensemble du personnel sanitaire s’accorde à dire que le nombre de mineurs présentant des troubles de la personnalité est en augmentation”.

Il est intéressant de relever que les mineurs non accompagnés (MNA)<sup>59</sup> représentent une proportion importante des mineurs incarcérés. Ces jeunes présentent des difficultés particulières et ont un profil singulier sur le plan juridique. N’ayant pas de titulaire de l’autorité parentale pour les représenter, ils sont pris en charge par l’aide sociale à l’enfance, comme le prévoit la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l’enfance.

En outre, il est intéressant de noter que les mineurs détenus restent souvent pour des peines très courtes, quatre mois. Le rapport du Sénat<sup>60</sup> indique alors que cette durée ne facilite pas le travail de réinsertion, qu’il est en effet difficile de mener à son terme, dans un temps si contraint. Il existe deux types de mineurs en détention. Le premier sont des mineurs ayant commis des délits ou des crimes graves. Leur enfermement vise alors à punir le jeune et à protéger la société. Le second type de mineurs en détention a commis des infractions relativement moins graves mais sont réitérants. Le juge des enfants se voit alors obligé de prononcer l’incarcération.

Le portrait de ces mineurs met alors en lumière à la fois leur dangerosité, pour autrui et pour eux-même, et leur vulnérabilité et montre bien la nécessité de mettre en place des conditions de détention adaptées et une vigilance renforcée en matière de santé. Afin de permettre l’individualisation de la prise en charge sanitaire, une évaluation est réalisée à l’entrée en détention du mineur.

#### *B) L’évaluation, préalable nécessaire à la prise en charge du mineur*

Le mineur est un usager particulier du service public pénitentiaire et du service public hospitalier, de par sa vulnérabilité et sa minorité. En ce sens, il fait l’objet d’une attention toute particulière au moment de son arrivée en détention. Une évaluation est réalisée afin d’en apprendre davantage sur sa personnalité, son état de santé et sur le risque suicidaire.

La circulaire du 24 mai 2013<sup>61</sup> prévoit une période d’observation à l’arrivée du mineur détention. Cette période ne peut excéder sept jours et permet de consigner « *les informations relatives*

---

<sup>59</sup> Mme Adeline Hazan, contrôleure générale, a indiqué que « *sur trois EPM visités depuis le début de l’année 2018, 50 % de leur population était composée de MNA. Outre leur nombre, nous sommes très surpris de la nature des faits qui les ont conduits à l’incarcération : ce sont essentiellement des faits de primo-délinquance, ou de petits délits ordinaires, qui pour un mineur français n’auraient certainement pas conduit au même jugement* »

<sup>60</sup> Rapport d’information fait au nom de la MI sur la réinsertion des mineurs enfermés du Sénat, *op. cit.*

<sup>61</sup> Circulaire du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs

à la personnalité et à l'état de santé de la personne détenue ... par écrit dans les dossiers tenus par chaque service". Cette phase d'accueil qui ne peut pas être inférieure à quatre jours a pour objectif de garantir la continuité de l'individualisation de la prise en charge. Il s'agit notamment de gérer l'angoisse liée au "choc" que constitue l'incarcération. La prise en charge est alors pluridisciplinaire, puisque l'administration pénitentiaire, la PJJ, l'USMP et l'éducation nationale vont essayer de coordonner leur intervention pour répondre aux objectifs précédemment évoqués.

En matière de santé, la circulaire interministérielle du 13 mai 2008, relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés<sup>62</sup> vient préciser les modalités de l'examen médical d'entrée, dont doit bénéficier chaque mineur admis dans un établissement pénitentiaire<sup>63</sup>. Cet examen est systématique. Toutefois, le mineur peut le refuser. Dans ce cas, il se verra proposer d'autres examens ultérieurs. « Une approche « généraliste » qui comporte l'écoute et l'examen physique est nécessaire pour pratiquer l'examen médical d'entrée ».

Au centre pénitentiaire de Rennes, la mineure fait l'objet d'un examen médical dès son arrivée, et, ce, même si elle arrive dans la nuit. La première consultation vise, comme le prévoient les textes, à obtenir des renseignements sur les antécédents ainsi que les addictions éventuelles. Elle permet de connaître les doléances somatiques et éventuellement psychologiques ou psychiatriques et de contrôler les vaccinations. Un examen clinique va être également réalisé. Lors de cette première consultation, le Dr Savouré dit aussi demander s'il s'agit d'une première incarcération et la durée de la peine. Cela permet ainsi de savoir quels éléments de prise en charge peuvent être mis en place pendant le temps de la détention. Les peines sont en effet souvent courtes et ne permettent pas toujours de mettre en place tous les examens de prévention. Elle préconise de manière systématique une consultation avec le psychiatre, qui pourra ensuite déterminer si un suivi est nécessaire<sup>64</sup>.

De plus, cet examen permet de délivrer les avis nécessaires à la poursuite ou non des activités physiques et sportives et les avis d'aptitude du mineur au suivi des activités d'insertion. Il peut révéler les besoins du mineur en termes de continuité de traitement et de suivi gynécologique pour les mineures. Une proposition de dépistage des infections sexuellement transmissibles est faite au détenu<sup>65</sup>. En pratique, le mineur peut être vu d'abord par un ou une infirmière avant

---

<sup>62</sup> Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 no 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

<sup>63</sup> Code de la santé publique. Article R6112-23

<sup>64</sup> Entretien avec le Dr Karine Savouré, 21 juin 2019.

<sup>65</sup> Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice – Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités et de la Santé – édition 2019

d'être reçu par le médecin généraliste, selon sa présence ou non dans le service. Par ailleurs, un examen bucco-dentaire peut avoir lieu rapidement après l'entrée en détention.

Cette période d'évaluation permet aussi d'évaluer et de prévenir le risque suicidaire. Il est accompagné d'une grille d'évaluation du potentiel suicidaire du mineur détenu, prévue par la circulaire du 24 mai 2013. Cette grille doit être renseignée par le chef d'établissement ou son représentant dès l'arrivée en détention. Cette fiche est ensuite transmise au directeur du service de la PJJ, aux services de l'USMP ainsi qu'au responsable pédagogique de l'éducation nationale. Elle pourra être mise à jour pendant le temps de la détention.

L'évaluation permet ensuite d'individualiser la prise en charge, en adéquation avec les besoins du jeune. Les acteurs, médicaux ou non, gravitant autour du mineur détenu, ont tendance à être de plus en plus spécialisés et à adapter cette prise en charge.

### Paragraphe 2 - Une prise en charge spécialisée pour protéger la santé du mineur en détention

Une circulaire du garde des Sceaux du 4 février 1994 précise que « *Les détenus mineurs sont dans une situation exceptionnelle et doivent en conséquence bénéficier d'une situation toute particulière* ». Elle ajoute également qu'il « *appartient à l'administration pénitentiaire de mobiliser ses moyens pour adapter les règles de vie en détention aux besoins de ces jeunes détenus* ».

La prise en charge des mineurs en détention doit donc être adaptée aux besoins de l'enfant et spécialisée. Ainsi les conditions de détention sont adaptées à la minorité (A) tout comme la prise en charge sanitaire (B).

#### *A) L'adaptation des conditions de détention à la minorité*

Plusieurs principes régissent la détention des mineurs, afin de protéger leurs intérêts et leur santé. L'un des premiers principes est celui de la primauté éducative. Il existe, à côté du devoir d'éducation, une forme de devoir de protection qui se décline en des droits et principes, visant à aménager la détention.

Ainsi il existe, tout d'abord, un principe strict de séparation des détenus majeurs et mineurs. Ce principe est notamment affirmé par l'article 37 de la CIDE, qui dispose que « *tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant* ».



Dans l'ordonnance du 2 février 1945<sup>66</sup> exige que les mineurs soient incarcérés dans des établissements ou quartiers spécialisés. L'obligation de séparation est ainsi posée. Néanmoins, il peut arriver, comme au centre pénitentiaire de Rennes, qu'il n'y ait pas de quartier pour mineurs. Des cellules leur sont réservées et il est fait en sorte que les mineurs ne rencontrent jamais les majeurs. La difficulté que peut poser cette séparation concerne les jeunes majeurs, qui atteignent l'âge de 18 ans en détention. Ils peuvent être maintenus dans un QPM ou un EPM, à titre exceptionnel, pendant 6 mois<sup>67</sup>. En effet, il est certain que le fait d'atteindre la majorité ne transforme pas le jeune instantanément. Il peut encore avoir besoin d'un régime de protection accru. En outre, le prévenu, encore présumé innocent, est "sur-protégé"<sup>68</sup>. Ainsi le code de procédure pénale à l'article R. 57-9-11 dispose que la personne détenue devenue majeure en détention « ne doit avoir aucun contact avec les prévenus âgés de moins de seize ans ».

Lors des extractions ou des soins, les mineurs restent séparés des majeurs. A l'UHSA de Rennes, qui peut prendre en charge des mineurs, ceux-ci sont séparés des majeurs, à tout moment de leur prise en charge et notamment s'ils sortent dans la cour de promenade.

Toutefois, au sein de l'UHSA, ce principe trouve une exception. La circulaire de 2011<sup>69</sup>, relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA, rappelle, toutefois qu'il convient d'éviter dans la mesure du possible les contacts entre ces deux populations et de renforcer la vigilance dans le cas où mineurs et majeurs partagent des activités thérapeutiques. Par ailleurs, l'UHSA doit adapter son projet médical, pour que le mineur puisse bénéficier d'un enseignement.

En outre, le principe de séparation s'étend aux filles et garçons qui sont séparés comme pour les détenus majeurs. Ainsi l'article R. 57-9-10, abrogé par un décret du 16 novembre 2015, prévoyait que les "*personnes détenues mineures de sexe féminin sont hébergées dans les unités prévues à cet effet sous la surveillance des personnels de leur sexe*". Toutefois, le CGPL, dans un avis de 2016, constatait que ce principe de séparation par sexe primait sur la séparation des majeurs et des mineurs. Les filles étaient alors hébergées dans les quartiers réservés aux

---

<sup>66</sup>Ord. n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, art. 20-2 : "*L'emprisonnement est subi par les mineurs soit dans un quartier spécial d'un établissement pénitentiaire, soit dans un établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs*". L'article 11 affirme la même chose pour les mineurs en détention provisoire.

<sup>67</sup> CPP, Art. R. 57-9-11

<sup>68</sup> Eudoxie Gallardo, Les droits fondamentaux du mineur détenu : entre protection et éducation. Emmanuel Putman, Muriel Giacobelli. Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté, Mare et Martin, 2016

<sup>69</sup> Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

femmes majeures, sans aménagement lié à leur minorité. Le CGLPL recommande alors que les mineures détenues dans des établissements pénitentiaires autres que les EPM soient, dans la mesure du possible incarcérées au sein des quartiers mineurs, au même titre que les enfants de sexe masculin, tout en respectant le principe de non-mixité<sup>70</sup>.

Enfin, les détenus mineurs bénéficient du principe d'encellulement individuel, principe renforcé à l'égard des mineurs. L'article R. 57-9-12<sup>71</sup> disposait que « *la personne détenue mineure est, la nuit, seule en cellule* », sauf décision du chef d'établissement, soit pour motif médical, soit en raison de sa personnalité. L'encellulement individuel, s'il n'est pas un droit, mais davantage un principe semble respecté<sup>72</sup>.

Si le placement à l'isolement est prohibé pour les mineurs<sup>73</sup>, le mineur peut demander une mesure de protection individuelle, venue justement remplacer l'isolement<sup>74</sup>. Il faut « *que les circonstances de la détention ou la personnalité du mineur nécessitent la mise en œuvre de mesures de protection particulières* ».

Tous ces principes et mesures permettent de protéger le mineur dans son intégrité physique et morale et ainsi dans sa santé. Cette adaptation des conditions de détention à la minorité s'accompagne parallèlement d'une spécialisation de la prise en charge sanitaire.

#### *B) Spécialisation et pluridisciplinarité de la prise en charge de la santé du mineur détenu*

En 2008, Eudoxie Gallardo estimait dans Le statut du mineur détenu que la spécialisation de l'intervention sanitaire auprès des mineurs incarcérés était encore timide, du fait de l'absence de réelle spécificité textuelle. L'article D519 du code de procédure pénale indiquait seulement « *La protection de la santé et l'accès aux soins des mineurs détenus sont régis par les dispositions du code de la santé publique et du présent code.* ». Malgré ces lacunes réglementaires, l'auteure observait une spécialisation pratique dans les établissements. L'administration pénitentiaire a invité les professionnels, responsables notamment de la prise en charge psychiatrique et psychologique à se spécialiser aux problématiques de l'adolescence.

---

<sup>70</sup> CGPL, Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté, JORF n°0041 du 18 février 2016

<sup>71</sup> L'article a été abrogé par le décret du 16 novembre 2015.

<sup>72</sup> Un rapport au Parlement sur l'encellulement individuel « *En finir avec la surpopulation carcérale* », de Jean-Jacques Urvoas, du 20 septembre 2016 évoque un taux d'encellulement individuel, au 1er août 2016, dans les EPM de 96,55%

<sup>73</sup> CPP, D. 283-1, nouvelle rédaction issue de l'article 12 du décret n°2007-749 du 9 mai 2007

<sup>74</sup> CPP, Art. D.520

Une circulaire de 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés<sup>75</sup> est venue ensuite préciser le cadre de cette prise en charge spécifique. Elle rappelle notamment que l'objectif est de faire du mineur un acteur de sa santé. Le guide de prise en charge des personnes placées sous main de Justice<sup>76</sup> rappelle que *“la démarche (de soins) doit s'adresser au sujet dans sa globalité (sa personne et son environnement) en ayant soin d'y associer les détenteurs de l'autorité parentale dans leur rôle de décideurs. La médecine de l'enfant et de l'adolescent est spécifique quant à la sémiologie et aux réponses thérapeutiques. Ainsi, en milieu pénitentiaire, le recours à des spécialistes formés tels que les pédiatres et les pédopsychiatres doit être possible”*. Ce guide préconise aussi de faciliter, voire de faire naître la demande de soins en créant un lien avec le mineur, lors d'ateliers de prévention par exemple. Par ailleurs, le personnel de la PJJ pourra accompagner le mineur, et l'inciter à rencontrer les professionnels de santé, s'il ne fait pas la demande de lui-même par le biais des boîtes aux lettres prévues à cet effet.

Cette intervention de la PJJ est cohérente avec le principe de pluridisciplinarité. Ce dernier est au cœur de la prise en charge du mineur, que ce soit sanitaire ou générale. Elle est prônée à tous, que ce soit pour l'évaluation du mineur, les actions éducatives ou encore toute décision de changement d'établissement par exemple. Elle est un outil pour individualiser et personnaliser le suivi du mineur. La circulaire du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs dresse la liste des membres permanents de l'équipe pluridisciplinaire et des membres ponctuels. A titre d'exemple, le chef d'établissement ou son adjoint est un membre permanent, ainsi qu'un cadre de la PJJ, un représentant du personnel de surveillance, du service éducatif et de l'éducation nationale. Les membres ponctuels sont ceux qui peuvent apporter des éléments sur la situation d'un mineur, tels que le médecin responsable de l'unité sanitaire ou le médecin responsable de la prise en charge psychiatrique<sup>77</sup>. L'article D.514 du code de procédure pénale dispose que cette équipe doit se réunir au moins une fois par semaine, afin d'assurer la collaboration des acteurs.

En matière de santé, elle est un outil pour recueillir des éléments d'information sur la situation du mineur, dans le cadre des commissions pluridisciplinaires uniques relatives à la

---

<sup>75</sup> Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 n° 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

<sup>76</sup> Guide méthodologique de prise en charge des personnes placées sous main de justice, Ministère de la Justice et Ministère des solidarités et de la santé, édition 2019

<sup>77</sup> Circulaire du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs, reprenant l'article D.514 du CPP

prévention du suicide. Ce partage d'informations est toutefois réglementé et fera l'objet de développements ultérieurs.

Enfin, la pluridisciplinarité peut permettre aussi de développer des actions éducatives de promotion de la santé, qui ne seront pas uniquement le fait du médecin ou de l'infirmier.

La prévention et l'éducation à la santé sont donc un aspect incontournable de la prise en charge du mineur lors de sa détention. Il semble difficile de travailler sur la réinsertion du mineur sans évoquer avec lui sa santé, et notamment ses addictions ou sans traiter les troubles psychiques, dont il souffre souvent. De plus, l'administration pénitentiaire est soumise à un principe de protection du mineur, qui lui impose de se montrer particulièrement vigilante au risque suicidaire.

## ***Section II- Prévention et éducation : des aspects incontournables de la prise en charge de la santé du mineur détenu***

La prévention est désormais un droit du malade, au titre de la protection de sa santé. L'article L6111-1 du Code de la Santé publique l'inclut dans les activités des établissements de santé. Elle couvre un large spectre composé notamment des vaccinations, du dépistage de certaines maladies, et des actions d'information et d'éducation pour la santé.

Le mineur détenu bénéficie alors d'actions éducatives en matière de santé (B) à côté des consultations de prévention, qui lui sont proposées à son arrivée. La prévention du suicide est, de plus, l'un des points de vigilance majeurs de l'administration pénitentiaire (A).

### **Paragraphe 1- L'accent mis sur la prévention du suicide en détention**

Les mineurs en détention sont plus vulnérables sur le plan psychique et peuvent subir un "choc de l'incarcération". L'administration pénitentiaire, administration d'Etat, a alors un devoir de vigilance renforcée à leur égard, en application du droit à la vie (A). Il existe, en ce sens, un dispositif de surveillance et d'évaluation du risque suicidaire, fondé sur la pluridisciplinarité, dans tous les établissements accueillant des mineurs détenus (B).

### A) *Protection du droit à la vie des mineurs détenus et responsabilité de l'Etat*

Le droit à la vie est protégé notamment par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'Homme. Dans un arrêt *Ketreb* contre France du 19 juillet 2012<sup>78</sup>, la Cour Européenne des Droits de l'Homme rappelle que *“la première phrase de l'article 2 astreint l'Etat non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction”*. Il y a donc une obligation positive de protection de la vie en détention. Il s'agit d'une *“obligation de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu contre autrui ou, dans certaines circonstances particulières, contre lui-même”*<sup>79</sup>. La Cour reconnaît, par ailleurs, que la privation de liberté physique peut entraîner des bouleversements psychiques et donc des risques de suicide<sup>80</sup>

Par ailleurs, le Conseil d'Etat a reconnu la responsabilité de l'Etat, à la suite du suicide d'un mineur en détention, dans une décision du 9 juillet 2007<sup>81</sup>.

Le Conseil d'Etat, dans cette décision, a considéré que le mineur en question avait montré des difficultés d'adaptation à la vie en prison, dès sa détention provisoire. Il venait en outre d'être condamné à une peine d'emprisonnement ferme. Il n'a pas bénéficié le jour de sa condamnation d'un réel accompagnement particulier et a été placé en cellule individuelle, ce qui est le principe en matière de détention des mineurs<sup>82</sup>. En outre, une ronde de surveillance devait avoir lieu entre 23h30 et minuit, heure du suicide. Elle n'a pas été faite. La juridiction considère alors qu'il y a bien eu un défaut de vigilance et que cela constitue une faute de l'administration pénitentiaire *“de nature à engager la responsabilité de l'Etat”*. Les conclusions du commissaire du gouvernement citent une note ministérielle du 12 novembre 1991 précisant que *« si la population pénale jeune ne constitue pas l'essentiel de la population à risque en matière de suicide, elle n'en demeure pas moins sur-représentée en ce qui concerne les tentatives de suicide »*. Or *« certaines de ces tentatives constituent bel et bien des suicides mis en échec par l'intervention de tiers (codétenu, personnel de surveillance, personnel médical). Elles constituent la preuve de l'efficacité d'une observation attentive et d'une organisation solide notamment au plan de la rapidité de l'intervention et de la coordination de l'action de chacun »*. La

---

<sup>78</sup> CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb* c/ France, req. n°38447/09

<sup>79</sup> CEDH, 16 novembre 2000, *Tanribilir* c/ Turquie, req n° 21422/93

<sup>80</sup> *Ibidem*

<sup>81</sup> CE, 9 juillet 2007, M. D., req. no 281205, publié au Recueil Lebon, conclusions de M. Mattias Guyomar, commissaire du gouvernement

<sup>82</sup> CPP, D521-1

plupart des suicides interviennent au début de la détention. La note ministérielle appelle à être particulièrement vigilant aux mineurs qui viennent d'arriver, aux détenus isolés ou encore à ceux qui ont appris une mauvaise nouvelle, afin d'éviter tout risque de suicide.

On peut considérer alors que la mission de surveillance et de protection de l'administration pénitentiaire, qui s'applique pour tous les catégories de détenus, est primordiale quand il s'agit de détenus mineurs. La vigilance semble même être accrue du fait de leur particulière vulnérabilité. La faute simple suffit pour engager la responsabilité de l'administration pénitentiaire.

Cette obligation de l'Etat de mettre en place les mesures nécessaires à la protection de la vie en détention et la possibilité d'engager sa responsabilité ont obligé l'administration pénitentiaire à mettre en place des dispositifs efficaces de prévention du suicide des mineurs.

#### *B) Le dispositif de prévention du suicide en détention*

Entre 1996 et 1997, l'administration pénitentiaire fait face à un nombre élevé de suicides en détention. Une politique de prévention du suicide est alors mise en œuvre. La circulaire du 26 avril 2002, concernant la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires<sup>83</sup> ainsi que la circulaire du 2 août 2011<sup>84</sup> viennent poser un cadre.

Chez les mineurs, de 2008 à 2016, onze suicides de mineur en détention ont été dénombrés. Près d'un mineur sur deux était en détention provisoire. Près d'un mineur sur deux est décédé dans les cinq premiers jours d'incarcération et plus de la moitié du vendredi au dimanche. Ces chiffres confirment que la période d'arrivée est une période charnière et cela justifie l'absolue nécessité de l'évaluation, précédemment évoquée. De plus, sur la période du weekend où le personnel est moins nombreux et donc la vigilance moindre, un nombre plus conséquent de suicides est enregistré.

La circulaire de 2011 rappelle, par ailleurs, que *“le placement sous mandat de dépôt d'un mineur exige une prise en charge effective et immédiate, afin de faire face au «choc de*

---

<sup>83</sup>Circulaire NOR JUSE 0240075C du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires

<sup>84</sup> Circulaire NOR JUSK1140021C du 2 août 2011 relative à l'échange d'informations entre les services relevant du ministère de la justice et des libertés visant à la prévention du suicide en milieu carcéral

*l'incarcération » particulièrement important s'agissant de ce public*”. Elle préconise que l’incarcération du mineur soit annoncée le plus en amont possible à l’établissement d’accueil. Cela permet notamment d’informer le médecin qui effectuera une consultation d’accueil.

Ensuite, au cours de la détention, des commissions pluridisciplinaires uniques régulières dédiées à la prévention du suicide se réunissent. Dans l’EPM d’Orvault<sup>85</sup>, marqué en 2010 par le suicide d’un jeune, elle se réunit tous les quinze jours et est présidée par la direction de l’établissement. Elle réunit notamment un membre du SMPR, le responsable de l’unité sanitaire et la psychologue de la PJJ. Elle examine le cas des mineurs placés en “surveillance adaptée” et permet de présenter les nouveaux cas. Le rapport fait état de trois niveaux de surveillance adaptée. Le nombre de rondes supplémentaires effectuées, en plus des rondes habituelles, varie en fonction des niveaux de surveillances. Cela peut aller jusqu’à six rondes supplémentaires pour le niveau trois. En outre, l’équipe du SMPR peut proposer des rendez-vous quotidiens pour les mineurs présentant un risque élevé de passage à l’acte. Le renforcement de l’intervention se traduit également par une présence accrue du service de la PJJ auprès du mineur concerné lors d’entretiens individuels et d’activités socio-éducatives.

De plus, des cellules de protection d’urgence (CProU) existent également pour placer un mineur, qui présenterait un danger pour lui-même<sup>86</sup>. Le mobilier est adapté avec par exemple une table à bout ronds et l’existence d’un bouton d’appel. Un dispositif de vidéoprotection peut aussi être mis en place<sup>87</sup> dans ces cellules.

La prévention du suicide et la prise en charge psychologique sont donc un élément clé de la prise en charge sanitaire des mineurs en détention. La prévention est toutefois plus large puisqu’elle comprend l’éducation à la santé et les consultations. Elle est indispensable dans une logique de projet individualisé et dans une perspective de préparation à la sortie.

---

<sup>85</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs d’Orvault (Loire-Atlantique), du lundi 9 au jeudi 12 mai 2016 – 2ème visite

<sup>86</sup> Le placement dans cette cellule sur décision de l’administration pénitentiaire, peut être accompagné de la dotation de protection d’urgence (DPU). Elle est constituée de deux couvertures déchirables et résistantes au feu et de vêtements déchirables à usage unique.

<sup>87</sup> Arrêté du 23 décembre 2014 portant création de traitements de données à caractère personnel relatifs à la vidéoprotection des cellules de protection d’urgence

Paragraphe 2- La prévention auprès des mineurs détenus : une mission pour envisager la réinsertion

La peine privative de liberté a pour objectif la réinsertion du mineur, qui passe par l'action éducative auprès du jeune détenu. L'éducation du mineur doit aussi porter sur la santé afin de lui donner les outils pour faire les bons choix et se construire une image positive de lui-même (A). Cette éducation à la santé est associée à des consultations de prévention et de dépistage des maladies, souvent prescrites à l'entrée en détention (B).

*A) Les consultations de prévention*

A l'arrivée en détention, le mineur, comme cela a été vu précédemment, passe un examen d'entrée, somatique et psychiatrique ou psychologique. A partir de cet examen, peuvent être prescrits plusieurs autres examens ou actes relevant de la prévention. Ainsi le mineur se voit par exemple proposer une consultation bucco-dentaire. Les jeunes peuvent aussi être reçus par un ophtalmologue et, si besoin par un opticien.

Il peut y avoir ainsi un rappel des vaccinations obligatoires, comme la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, qui se fait autour de l'âge de 13 ans. Le suivi sanitaire du jeune peut aussi être l'occasion de lui proposer de poursuivre ou de réaliser d'autres vaccinations qui étaient auparavant recommandées et qui sont désormais obligatoires comme la rougeole, la rubéole et les oreillons, la méningite C et l'hépatite B. Le papillomavirus est aussi proposé.

Les jeunes filles ont la possibilité, également, de bénéficier d'une consultation de gynécologie et pour tous les mineurs un dépistage des maladies sexuellement transmissibles peut être prescrit.

Si la prévention concerne tous les âges de la détention, les consultations médicales du mineur confèrent une place importante à l'éducation à la santé et à la prévention. Cette éducation à la santé et la promotion de celle-ci n'est toutefois pas seulement le fait du personnel soignant.



### B) *Promotion et éducation à la santé en détention*

L'éducation à la santé est le corollaire du principe de primauté éducative, consacré par le Conseil Constitutionnel<sup>88</sup>. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009<sup>89</sup>, grande loi pour le renforcement des droits des détenus rappelle, elle aussi, l'obligation scolaire pour les mineurs et pour ceux, n'étant pas soumis à cette obligation, l'obligation d'activité éducative. L'obligation scolaire est assurée par l'Education Nationale. La Protection Judiciaire de la Jeunesse est, elle chargée d'assurer la mise en oeuvre des activités socio-éducatives depuis 2004<sup>90</sup>.

L'éducation à la santé, participe de cette action éducative. Elle est, tout d'abord, l'une des missions des unités sanitaires. Il s'agit de permettre au détenu de s'impliquer dans sa santé et d'acquérir des connaissances afin de pouvoir ultérieurement faire les bons choix pour sa santé. Elle vise aussi à aider les jeunes à se construire une image positive d'eux-mêmes et à éviter les comportements à risque. L'information doit être appropriable, et ne pas stigmatiser ou culpabiliser l'individu. L'éducation pour la santé est donc sous-tendue par une réflexion éthique, comme l'indique une circulaire de 2008<sup>91</sup>.

Au centre pénitentiaire de Rennes, des ateliers "questions de femme" ou sur les dangers liés aux tatouages ou encore la diététique sont animés par des infirmières ou par des étudiants en médecine<sup>92</sup>. A l'EPM de Marseille<sup>93</sup>, il existe des actions conduites par des infirmières sur le tabac, l'alcool, les risques d'infections sexuellement transmissible (IST), ou encore les gestes et soins d'urgence, l'hygiène bucco-dentaire et les bienfaits du sport.

La promotion de la santé, ne doit toutefois pas relever uniquement du secteur de la santé et « *son ambition (doit être) le bien-être complet de l'individu* »<sup>94</sup>. La PJJ est alors aussi impliquée dans cette éducation à la santé avec le programme "PJJ promotrice de santé", développé depuis 2013 et renouvelé pour la période 2017-2021. L'objectif affiché est d'agir sur les déterminants de santé des jeunes. La PJJ accompagne alors le mineur dans son parcours de santé et

---

<sup>88</sup> Cons. Const, 29 août 2002, n°2002-461 DC : il s'agit d'un principe fondamental reconnu par les lois de la République

<sup>89</sup> Loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009

<sup>90</sup> Décret n° 204-1364 du 13 déc. 2004, portant application de la loi n°2004-204.

<sup>91</sup> Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 n° 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

<sup>92</sup> Ces actions sont menées dans le cadre du service sanitaire, instauré à la rentrée universitaire de 2018

<sup>93</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), 5 au 9 mars 2018 – 3ème visite

<sup>94</sup> Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986, OMS

de bien-être. Dans l'EPM de Marseille, des actions sont programmées en partenariat avec l'éducation nationale et le personnel de santé sur les thématiques des conduites addictives, de la sexualité et de l'hygiène de vie.

Dans cette même logique, les détenus mineurs pratiquent aussi une activité sportive, qui participe de leur bien-être et de leur santé. Des temps réservés à des activités socio-éducatives et sportives, en plein-air notamment, font partie intégrante de l'emploi du temps du mineur. Leurs repas doivent être composés conformément aux principes de la diététique et servis dans des conditions permettant leur éducation à une alimentation équilibrée et régulière<sup>95</sup>. Toutefois, si l'alimentation fait partie des points à travailler, les rapports du CGPL rapportent que certains jeunes, faute d'avoir l'impression de manger à leur faim, et d'autres produits proposés à l'achat en cantine, achètent des aliments comme des biscuits ou produits sucrés. Ces achats peuvent entraîner des prises de poids importantes et rapides, comme au sein de l'établissement de Porcheville<sup>96</sup>. Le CGPL recommande alors d'engager une réflexion sur l'alimentation.

Par ailleurs, les mineurs sont en détention pour de courtes durées, il est alors parfois difficile d'aller au terme des actions d'éducation et de promotion de la santé.

\*

Lors de sa détention le mineur bénéficie donc d'un accès aux soins renforcé, reposant sur des dispositions éparses. Malgré l'absence d'homogénéité de cet ensemble de règles, un statut autonome du mineur détenu semble émerger permettant à la prise en charge sanitaire d'être de plus en plus efficace et spécialisée.

Toutefois, même si le droit à la protection de la santé, et ses déclinaisons, sont globalement effectifs, il existe certaines insuffisances. Les droits du mineur, dans sa qualité de patient, peuvent en outre se voir contrariés par la détention, tout comme ceux des détenteurs de l'autorité parentale, également titulaires de droits lors de la prise en charge de leur enfant.

---

<sup>95</sup> Circulaire du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs NOR : JUSK1340024C

<sup>96</sup> Rapport CGPL, *op. cit.*

## PARTIE II – L’effectivité relative des droits du patient mineur lors de sa prise en charge en détention

Le mineur détenu est, en matière de santé, dans une situation de triple vulnérabilité. Il est en effet dans la position de soigné, ne peut exercer seul ses droits et se trouve dépendant de l’administration pénitentiaire. Il dispose toutefois en principe des mêmes droits que tout patient. L’article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 dispose ainsi que « *l’administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits* ».

Il ne s’agit pas de dresser une liste exhaustive de tous les droits mais de s’intéresser à ceux qui peuvent être heurtés par les contraintes inhérentes à la privation de liberté ou ceux qui concernent particulièrement le mineur. La spécificité du mineur détenu tient surtout à son incapacité juridique. L’exercice de l’autorité parentale doit être préservé, malgré l’éloignement géographique. La place du parent semble néanmoins affaiblie à la fois par les réalités de la détention mais aussi par le statut complexe du mineur malade, qui tend à octroyer à ce patient de plus en plus d’autonomie.

Il s’agit d’étudier l’éventuelle distorsion entre les droits reconnus à chacun et leur effectivité réelle.

### **Chapitre I- Les droits du patient mineur et des détenteurs de l’autorité parentale contrariés par les contraintes carcérales**

La charte de la personne hospitalisée rappelle les droits dont bénéficie l’usager du système de santé. Le droit à une information accessible et loyale est présenté à l’article 3 et le droit de consentir de manière libre et éclairée au traitement ou de le refuser, à l’article 4.

Dans le cas du mineur, ces droits sont partagés ou exercés par les détenteurs de l’autorité parentale. Ils ne s’arrêtent pas avec la détention. Néanmoins ils peuvent être heurtés par celle-ci pour des raisons de sécurité, organisationnelles ou encore liées à la privation de liberté.

En matière de respect des droits fondamentaux, la question de la confidentialité des soins et du recours aux mesures de contrainte est centrale pour le CGPL. L’équilibre entre la quête de sécurité et le respect des droits semble en la matière très précaire. Il existe également une distorsion entre le droit à l’information des parents et son effectivité réelle.

## ***Section I - Les incidences négatives de la quête de sécurité sur la prise en charge sanitaire***

L'une des principales missions de l'administration pénitentiaire est de participer à la sécurité des tiers, en assurant la garde des personnes détenues. Cette mission de surveillance peut heurter les droits du mineur, comme le droit à la confidentialité des informations, composante essentielle de l'adhésion aux soins. Le droit au respect de la dignité peut également se voir contrarié par un recours abusif aux mesures de contrainte pour des raisons sécuritaires.

### **Paragraphe 1- Le droit à la confidentialité des informations et au secret professionnel : un droit non-absolu**

Le secret professionnel est essentiel. *“Il n’y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidentialité et de confidentialité sans secret”*<sup>97</sup>. Ce droit à la confidentialité des informations est au cœur de la relation entre le médecin et le patient et constitue un élément clé de l'adhésion aux soins (A). Toutefois des restrictions peuvent être posées, afin notamment de permettre la coordination au sein des équipes soignantes et entre les acteurs, gravitant autour du mineur (B).

#### ***A) Un droit non-absolu à la confidentialité des données et au secret professionnel***

L'article 9 du code civil et l'article 8 de la convention européenne des droits de l'Homme protègent le droit au respect de la vie privée et familiale. Le droit à la confidentialité et au respect du secret professionnel, reconnu aux patients par l'article 1110-4 du code de la santé publique, découle de ce droit au respect de la vie privée. L'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 transpose ces droits pour les personnes détenues. En parallèle, le respect du secret professionnel constitue un devoir pour le professionnel de santé.

Le droit à la confidentialité des informations médicales est étendu et ne s'applique pas uniquement au professionnel délivrant le soin mais aussi à tous les membres du personnel des établissements prenant en charge la personne.

Le non-respect de cette obligation est pénalement sanctionné par l'article 226-13. Le secret couvre non seulement ce qui a été confié au professionnel mais aussi ce que le médecin

---

<sup>97</sup> PORTES L., A la recherche d'une éthique médicale, Paris, Masson, 1954, cité par PY B., Le secret professionnel, Paris, L'Harmattan, coll "La justice au quotidien", 2005

a vu, entendu ou compris<sup>98</sup>. Ce droit à la confidentialité des informations est essentiel pour permettre l'instauration d'une relation de confiance entre le mineur détenu et le professionnel soignant.

### *B) Dérogations et partage d'informations*

Si ce droit à la confidentialité des informations médicales doit être préservé, la loi peut toutefois prévoir certaines dérogations. Ainsi en cas de maladies contagieuses, la transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire devient obligatoire<sup>99</sup>. De plus, les informations médicales peuvent être partagées entre professionnels soignants participant à la prise en charge du patient. Le partage doit être nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social et au sein d'une même équipe de soins<sup>100</sup>. Le partage est aussi possible entre soignants et professionnels des champs social et médico-social pour les mêmes motifs que ceux précédemment cités<sup>101</sup>. La personne concernée peut toutefois s'opposer à ce partage et doit être informée de ce droit d'opposition.

Le rapport de la troisième visite du CGPL au sein de l'EPM de Marseille, illustre la nécessité du partage de certaines informations. Il recommande de prendre des dispositions pour rendre accessible le dossier médical aux services d'urgence, comme les pompiers et le médecin du centre 15. Les dossiers sont en effet dans une armoire fermée et non accessible pour ces professionnels. Ce partage d'informations médicales vise la bonne coordination entre les équipes de soin, internes à l'établissement, et les professionnels extérieurs. Au sein de l'EPM de Porcheville<sup>102</sup>, le dossier médical et infirmier, sous format "papier" est commun à l'ensemble des intervenants somatiques et psychiatriques.

Par ailleurs, en matière de détention, la loi prévoit également certains aménagements. Ainsi l'article L. 6141-5 du CSP pose une obligation de partage d'information, pour les personnels soignants, quand il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements de santé, accueillant les détenus. Ce risque doit être signalé dans les plus brefs

---

<sup>98</sup> CSP, Article R4127-4 reprenant l'article 4 du code de déontologie médicale

<sup>99</sup> CSP, Article L3113-1

<sup>100</sup> CSP, art. L1110-4

<sup>101</sup> 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

<sup>102</sup> CGPL, Rapport de visite : Etablissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de PORCHEVILLE (Yvelines)- 2 au 6 octobre 2017 – 3ème visite

délais au directeur, en transmettant les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection.

De plus, si des adaptations sont nécessaires à la prise en charge des personnes détenues et qu'il faut aménager de manière transitoire ou non la détention en raison de l'état de santé du détenu, alors les professionnels de santé peuvent informer l'administration pénitentiaire, après information du patient, sur ces aménagements. Les personnes détenues sont en effet des usagers entièrement dépendants du service public pénitentiaire et en ce sens il apparaît important de collecter les informations sur leur bien-être et leur santé. Le mineur détenu, plus vulnérable, est concerné par ses dispositions.

En pratique, les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse peuvent aussi avoir accès à des informations médicales. A l'établissement pénitentiaire pour mineurs de Marseille<sup>103</sup>, ils récupèrent ainsi auprès des parents le carnet de santé. La pluridisciplinarité de l'intervention auprès des mineurs entraîne le partage, souhaité ou non, d'informations concernant le mineur. Les différences de cultures professionnelles induisent des différences dans la représentation du secret professionnel, pouvant compliquer la coordination et la relation entre les acteurs. Les surveillants n'ont ainsi pas les mêmes missions, que les soignants ou que les éducateurs de la PJJ qui vont rendre un rapport sur l'évolution du mineur. L'interdisciplinarité, si elle est essentielle pour prendre en charge ces usagers particuliers, peut aussi ne pas être évidente à mettre en œuvre.

La question du partage se pose notamment dans le cadre des commissions pluridisciplinaires uniques et au sein de la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire ou la commission santé. Si les médecins sont invités à participer à ces réunions, ils peuvent apporter des éléments afin de permettre une prise en charge adaptée des patients détenus tout en respectant le secret professionnel et la confidentialité des informations médicales. Ces commissions leur permettent aussi de recevoir des informations, pouvant être utiles à la prise en charge de leurs patients. Ainsi au centre pénitentiaire de Rennes, si le médecin responsable du dispositif de soins somatiques participe aux réunions hebdomadaires et à des commissions mensuelles, aucune information médicale personnelle n'est partagée. Il s'agit davantage de recueillir des in-

---

<sup>103</sup> CGPL, Rapport de visite : Etablissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de Marseille (Bouches-du-Rhône) - 5 au 9 mars 2018 - 3ème visite

formations et de favoriser la coordination entre les équipes de soins et l'administration pénitentiaire<sup>104</sup>. Ces réunions ont permis de demander notamment à ce qu'il n'y ait plus de surveillante à assister aux consultations, et ce, afin de respecter le secret de la consultation.

Le partage d'informations médicales est donc assez limité alors même que le Conseil d'Etat a validé les restrictions apportées au secret professionnel, dans un arrêt du 22 octobre 2014. *“L'administration doit certes accepter que le secret médical puisse lui être opposé, mais dans le même temps il faut que le personnel soignant accepte de partager des informations, dans l'intérêt du patient et du soin”*, comme l'affirme Eric Péchillon<sup>105</sup>. Dans cet arrêt, la Haute juridiction estime que des restrictions peuvent être apportées au droit au respect du secret professionnel afin de signaler à l'administration pénitentiaire l'existence d'un risque pour la personne incarcérée ou pour autrui. Ce partage d'informations n'est pas obligatoire et vise à remplir l'objectif de préservation de la santé de la personne détenue<sup>106</sup>.

L'articulation entre pluridisciplinarité, partage d'informations et préservation du secret professionnel n'est donc pas toujours évidente. Le principe de pluridisciplinarité ne peut en outre pas permettre de justifier que soit portée une atteinte excessive aux droits du mineur. La place du personnel surveillant dans la relation de soins est ainsi souvent remise en question.

### Paragraphe 2- Contraintes carcérales et intervention du personnel surveillant dans la prise en charge sanitaire: les droits contrariés du mineur détenu

Il arrive fréquemment que le personnel surveillant assiste à la consultation, se déroulant à l'extérieur. Des motifs sécuritaires sont invoqués pour justifier à la fois cette présence (A), et le recours aux mesures de contrainte (B).

#### A) *La confidentialité des soins, dispensés au mineur, heurtée par la détention*

Tout d'abord, la configuration des lieux de soins, en détention et l'organisation peuvent porter atteinte à cette confidentialité. Ainsi le CGPL, dans un rapport sur l'EPM de Porcheville<sup>107</sup>, constate que l'entrée de l'unité sanitaire *“ s'effectue sous le regard des jeunes détenus*

---

<sup>104</sup>Circulaire DGS/DGOS/DAP/DPJJ du 21 juin 2012 relative au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la PJJ.

<sup>105</sup> PECHILLON E., *“Recherche du juste équilibre en échange d'informations entre professionnels et protection du secret médical”*, note sous CE, 22 octobre 2014, req. n°362681, AJDA, 2014

<sup>106</sup> CE, 22 octobre 2014, req. n°362681

<sup>107</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de PORCHEVILLE (Yvelines), 2 au 6 octobre 2017 – 3ème visite

*du fait de l'architecture de l'établissement ; ainsi, lorsque l'arrivée de la psychiatre est suivie peu de temps après par celle d'un jeune, il est facile de conclure à une prise en charge psychiatrique pour ce jeune*". Par ailleurs, un cahier est rempli par le surveillant à l'accueil de l'unité afin d'indiquer le bureau dans lequel va avoir lieu la consultation. Cela désigne de fait le praticien concerné, médecin ou psychologue, alors même, que ce cahier peut être consulté par les jeunes détenus en salle d'attente lors de l'absence du surveillant. Le CGPL recommande alors de faire en sorte que ce cahier ne puisse pas être lu par les autres mineurs pris en charge.

A l'EPM de Marseille<sup>108</sup>, le personnel soignant rappelle régulièrement au surveillant qu'il ne doit pas indiquer le service dans lequel le mineur se rend, quand il est convoqué à l'unité sanitaire, afin de préserver le secret médical.

Ensuite, les rapports de visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté s'alarment d'une atteinte importante à la confidentialité des soins, lors des consultations à l'extérieur.

Ainsi le rapport de la deuxième visite de l'EPM d'Orvault<sup>109</sup> constate la présence systématique des escortes lors des consultations à l'extérieur, qui porte atteinte à la fois au secret professionnel mais aussi à la dignité des personnes. A l'établissement pour mineurs de Marseille<sup>110</sup>, cette présence est aussi systématique et le mineur reste menotté pendant l'examen. Dans l'EPM de Meyzieu<sup>111</sup>, elle est « *très fréquente* ». Elle va cependant varier en fonction du niveau d'escorte et de l'appréciation du chef d'escorte. En pratique, un autre critère intervient. En effet, le mineur n'est laissé seul avec le professionnel de santé que si la salle de consultation est sécurisée et ne comporte qu'un seul accès et aucune fenêtre.

Le CGPL<sup>112</sup> recommande pourtant que « *les consultations médicales se déroulent hors la présence d'une escorte et que la surveillance soit indirecte (hors de vue et d'oreille du patient détenu). En tout état de cause, il revient aux agents des escortes de faire preuve de la plus grande discrétion quant aux informations médicales auxquelles ils pourraient avoir accès dans l'exercice de leurs missions* ».

---

<sup>108</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de MARSEILLE- 5 au 9 mars 2018- 3ème visite

<sup>109</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs d'ORVAULT (Loire-Atlantique)- 9 au 12 mai 2016 – 2ème visite

<sup>110</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de MARSEILLE- 2 au 5 mars 2015 - 2ème visite, et CGPL, rapport de la troisième visite du 5 au 9 mars 2018

<sup>111</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pour mineurs de MEYZIEU (Rhône), 2 au 5 septembre 2014

<sup>112</sup> CGPL, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé



Cette situation est donc assez répandue mais elle varie en fonction des établissements. Au centre pénitentiaire de Rennes, les surveillants n'assistent jamais à la consultation que ce soit au sein de l'unité sanitaire ou à l'extérieur.

Les raisons invoquées pour justifier la présence du personnel surveillant lors des consultations sont relatives au maintien de l'ordre. Ce sont les mêmes que celles invoquées pour justifier le recours aux mesures de contraintes.

### *B) Le recours abusif aux mesures de contrainte*

Les services pénitentiaires se distinguent des autres services publics, en raison de leur mission de surveillance et de sécurité. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, dans son article 2, rappelle cette mission en indiquant que le service public pénitentiaire contribue à la sécurité publique. L'article 2 du décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant code de déontologie du service public pénitentiaire, ajoute que l'administration pénitentiaire, et donc le personnel surveillant, concourt au maintien de l'ordre public et de la sécurité intérieure et à la protection des personnes et des biens, en participant à la garde des personnes détenues.

Les extractions peuvent nécessiter le recours à des mesures de sécurité afin d'éviter les évasions ou tout autre incident<sup>113</sup> et de garantir la sécurité des personnels soignants. Néanmoins, ces mesures de sécurité, et notamment les mesures de contrainte, doivent être proportionnées au profil du détenu, qu'il soit mineur ou majeur. L'article 803 du CPP dispose que *“Nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite”*. De plus, l'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 proscrit le recours aux entraves lors d'un accouchement ou d'un examen gynécologique. Le port d'entraves et de menottes ne doit alors pas être systématique et ce, d'autant plus, quand il s'agit d'un détenu mineur.

L'Etat doit en effet assurer aux personnes détenues des conditions de détention conformes à la dignité humaine<sup>114</sup> et prohiber tout mauvais traitement, en vertu de l'article 3 de la convention européenne des droits de l'Homme. Pour la cour européenne des droits de l'Homme le recours à des mesures de contrainte, comme les menottes ou les entraves, doit être absolument

---

<sup>113</sup> CPP, Art D294

<sup>114</sup> CEDH, 26 octobre 2000, Kudla c/ Pologne, req. n°30210/96

nécessité par le comportement de la personne détenue. Le recours doit être raisonnable<sup>115</sup>. L'administration pénitentiaire doit donc trouver le bon équilibre entre la mission de sécurité lui incombant et le droit au respect de la dignité du mineur détenu.

Néanmoins la lecture des rapports du contrôleur général des lieux de privation de liberté laisse à penser que cet équilibre n'est pas respecté.

Le rapport de visite de l'EPM de Porcheville réalisé par le CGPL<sup>116</sup> dresse le constat que les jeunes sont *“systématiquement menottés et parfois entravés”*. *“L'unité sanitaire a récemment proposé d'utiliser un fauteuil roulant en recouvrant les jambes du jeune par un drap pour cacher les entraves”*.

A l'EPM de Marseille, le constat est le même. Le menottage est systématique, pendant le transport, qui s'effectue sous la supervision de trois agents, et pendant les soins. Le profil du jeune n'est pas pris en considération. Dans cet EPM, même si les jeunes sont classés au niveau 1, niveau de sécurité le plus bas, il est mentionné que le mineur reste menotté au cours de l'examen et un surveillant assiste à la consultation. Le contrôleur évoque même un double menottage aux poignets et chevilles pour certains mineurs. Il serait lié au *« potentiel “fougueux” des adolescents lors des sorties en public »*. Le CGPL déplore que cette utilisation des moyens de contrainte ne soit pas réellement motivée, et individualisée, *« alors même que certains avaient bénéficié de permission de sortir avant l'extraction médicale »*<sup>117</sup>. Lors de la troisième visite de l'EPM, le constat reste le même. La situation n'a pas changé, le menottage restant systématique et le personnel présent lors de la consultation<sup>118</sup>.

La question de l'entrave et du menottage lors des consultations et extractions médicales est tout à fait récurrente dans les différents rapports du CGPL. L'autorité rappelle que ce recours, qualifié d'abusif, est attentatoire aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne humaine, dans son avis du 16 juillet 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé. Il existe une distorsion entre les textes, prévoyant un usage adapté et individualisé du menottage, et leur effectivité réelle.

---

<sup>115</sup> Notamment: CEDH, 11 octobre 2011, Portmann c/ Suisse, req. n°38455/06 et CEDH, 14 novembre 2002, Mouisel c/ France, req. n°67263/01

<sup>116</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de PORCHEVILLE (Yvelines), 2 au 6 octobre 2017 – 3ème visite

<sup>117</sup> CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de Marseille (Bouches-du-Rhône)- 2 au 5 mars 2015 - 2ème visite

<sup>118</sup>CGPL, Rapport de visite : Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de MARSEILLE (Bouches-du-Rhône) - 5 au 9 mars 2018 – 3ème visite

Par ailleurs, ce port d'entraves, peut être aussi dans les cas les plus extrêmes un facteur de renoncement aux soins<sup>119</sup> et peut entraver la relation de confiance nécessaire entre le praticien et le soigné. En effet, le jeune semble alors rester davantage détenu que patient et n'est pas placé dans des conditions optimales pour recevoir le soin et délivrer des confidences.

Ce menottage s'explique, comme évoqué précédemment, par la mission de surveillance et de garde pesant sur l'administration pénitentiaire. En cas d'évasion, l'administration pénitentiaire peut voir sa responsabilité engagée. En la matière, l'obligation pesant sur le personnel surveillant est quasiment une obligation de résultat. Le CGPL et le Défenseur des droits ont alors préconisé que cette obligation de résultat soit remplacée par une obligation de moyens<sup>120</sup>. Il faudrait alors démontrer que les mesures de sécurité utilisées n'étaient pas proportionnées et adaptées au profil de la personne détenue et au risque qu'elle représente pour pouvoir engager la responsabilité de l'administration pénitentiaire. Le port de menottes deviendrait moins systématique.

La quête de sécurité peut donc heurter les droits du mineur détenu, comme la confidentialité des soins et le respect du secret professionnel. Ces droits sont pourtant essentiels car l'information délivrée est très personnelle et constitue le principal facteur d'adhésion aux soins.

## ***Section II - Le droit à l'information des titulaires de l'autorité parentale contrarié par la détention***

La circulaire de 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs détenus<sup>121</sup> rappelle qu'en matière de santé, la place des parents est à préserver. Cette circulaire réaffirme que les détenteurs de l'autorité parentale conservent leurs droits et devoirs, même s'ils n'en exercent que les attributs conciliables avec la détention.

Ils conservent notamment le droit d'être informés sur l'état de santé de l'enfant. Toutefois, ce droit d'information est aussi reconnu au mineur, qui peut dans certains cas demander à

---

<sup>119</sup> A titre d'exemple le rapport de visite de l'EPM de Porcheville (op. cit.) explique qu'un "jeune a refusé de se rendre en consultation en août 2017 du fait de la pause d'entraves. Celle-ci sera réalisée un mois plus tard en l'absence d'entraves".

<sup>120</sup> CGPL, DELARUE J-M, Rapport annuel d'activité 2010, Paris, Dalloz, 2011 (réitérée dans le rapport annuel d'activité 2012, Paris, Dalloz, 2013) et Défenseur des Droits, Décision du 9 janvier 2015 n°MDS-2014-107

<sup>121</sup> Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

conserver le secret sur son état de santé. À ces dérogations, s'ajoutent les contraintes carcérales qui contribuent à affaiblir la place du parent.

Paragraphe 1 : La persistance de l'autorité parentale et le respect du droit à l'information lors de la détention du mineur

L'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales prévoit que toute personne a le droit au respect de sa vie privée et familiale. De ce droit découle le droit au maintien des liens familiaux en détention, applicable aux mineurs. Ces derniers sont encore sous la tutelle de leurs parents. Le maintien des liens est alors nécessaire pour permettre aux titulaires de l'autorité parentale d'exercer leurs droits à l'égard du mineur (A). Cela passe nécessairement par l'information sur les décisions le concernant, en matière de santé notamment (B).

*A) L'importance du maintien des liens familiaux en détention*

Le maintien des liens en détention est primordial comme le dispose l'article 37 de la convention internationale relative aux droits de l'enfant, qui affirme que tout enfant privé de liberté a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles.

Le respect de l'autorité parentale s'impose à l'administration pénitentiaire. Elle est définie par l'article 371-1 du code civil comme un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

Pendant la détention, le mineur est par définition séparé des titulaires de l'autorité parentale. Pour autant celle-ci n'est pas levée et doit être prise en compte. L'article D.515 pose une obligation d'information des titulaires de l'autorité parentale. Les parents ou représentants légaux reçoivent le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire. Ils sont informés de toute demande de permis de visite faite au chef de l'établissement, de toute modification du régime de détention, ainsi que de toute procédure disciplinaire. Ils sont tenus informés du déroulement de sa scolarité, de sa formation ou de ses activités professionnelles.

La circulaire sur le régime de détention des mineurs de 2013<sup>122</sup> prévoit en outre que « *la famille joue un rôle de premier plan dans le processus de réintégration du mineur au sein de la collectivité. Le maintien des liens familiaux constitue dès lors un véritable enjeu de la détention, à la fois dans le déroulement de celle-ci et dans la préparation à la sortie* ». Le SPIP est compétent pour favoriser le maintien des liens. En effet, l'article D.460 du code de procédure pénale, dispose que ce service a pour mission de participer à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les détenus et de favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux. La PJJ exerce aussi cette mission à l'égard des mineurs détenus, en vertu de l'article D.514-1.

Le respect de ce droit est variable selon les établissements et dépend de plusieurs facteurs. Ainsi à l'EPM de Marseille, le CGPL, lors de sa troisième visite, remarque qu'un grand nombre de permis de visite sont délivrés, ce qui témoigne d'une présence soutenue des familles. Dans cet établissement, la majorité des détenus viennent du département des Bouches-du-Rhône, et souvent de Marseille. La proximité géographique facilite le maintien des liens. A contrario, les mineurs isolés ne reçoivent pas de visite. Les appels peuvent alors être facilités.

Au centre pénitentiaire de Rennes, les mineures accueillies viennent pour certaines de très loin. Il n'est alors pas toujours facile pour les familles de se déplacer et d'être présentes.

Il y a donc des disparités d'un établissement à l'autre. Les textes et la bonne volonté des équipes ne permettent pas toujours de garantir la pleine effectivité de ce droit au maintien des liens familiaux, qui passe avant tout par l'information régulière des détenteurs de l'autorité parentale.

#### *B) Le droit à l'information du mineur et des titulaires de l'autorité parentale*

L'arrêt Teyssier du 28 janvier 1942 de la Cour de cassation a reconnu pour la première fois le devoir pour le médecin d'informer le patient sur son état de santé et sur les soins nécessaires. Cette obligation d'information permet d'obtenir un consentement éclairé, exigé préalablement à tout acte thérapeutique<sup>123</sup>. Ce droit consacré par la jurisprudence a été ensuite introduit dans le code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002. L'article L1111-2 dispose que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ». Le corollaire de ce droit est celui de refuser l'information. Il appartient au médecin ou à l'établissement de santé d'apporter

---

<sup>122</sup> Circulaire du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs

<sup>123</sup> *Infra* : Partie II - Chapitre II

la preuve que l'information a bien été délivrée<sup>124</sup>. Néanmoins le praticien peut contourner cette obligation d'information en cas d'urgence ou en cas d'impossibilité<sup>125</sup>.

Le contenu de ce droit est large. Il comprend notamment les informations relatives aux investigations, traitements ou actions de prévention, qui sont proposés, à leur utilité, à leur<sup>126</sup> urgence éventuelle, à leurs conséquences, aux risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi qu'aux autres solutions possibles et aux conséquences prévisibles d'un refus<sup>127</sup>. Le champ d'application du droit à l'information ne concerne donc pas uniquement les actions curatives, mais également les actes de prévention, comme les vaccinations, qui peuvent être renouvelées en détention.

S'agissant des mineurs, les titulaires de l'autorité parentale reçoivent en principe l'information. Néanmoins, l'enfant a le droit de la recevoir lui-même, afin de participer aux décisions le concernant. Cette information doit être délivrée de façon, claire, loyale et adaptée à son degré de maturité.

Les informations concernant le mineur sont consignées dans un dossier médical accessible à l'intéressé et aux titulaires de l'autorité parentale<sup>128</sup>.

Toutefois, il existe des dérogations à l'information de ces derniers et à leur droit d'accès au dossier médical.

### Paragraphe 2 : Un droit relatif heurté par la détention

En réalité, le mineur, souvent adolescent, a la possibilité de s'opposer à l'information des titulaires de l'autorité parentale dans certains cas prévus par la loi (A). Il dispose en effet d'une certaine autonomie. La détention accentue ce recul de la place des parents en raison de l'éloignement physique du mineur et de la difficulté de les informer (B).

---

<sup>124</sup> La charge de la preuve a été renversée. Au départ, il appartenait au malade de rapporter la preuve (Cass. 1<sup>ère</sup> civ., 29 mai 1951 et CE, 7 janvier 1969). Toutefois, cette obligation incombe désormais aux professionnels de santé (Cass. 1<sup>ère</sup> civ., 25 février 1997 et CE sect., 5 janvier 2000) comme le dispose l'article L1111-2 du code de la santé publique.

<sup>125</sup> Cela vise les situations où il n'y a pas urgence à intervenir mais où le patient n'est pas en mesure de recevoir l'information en raison de son état somatique ou psychologique. Il appartiendra au médecin de rapporter la preuve de cette impossibilité.

<sup>126</sup> CSP, art. L1111-2

<sup>127</sup> CSP, art. L1111-2

<sup>128</sup> CSP, art. L1111-7

### A) *Les dérogations à l'information des titulaires de l'autorité parentale*

Le mineur adolescent peut pour diverses raisons souhaiter conserver le secret sur son état de santé. Il peut ainsi craindre la réaction de sa famille ou ne pas se sentir suffisamment en confiance.

Cette prérogative lui est reconnue par la loi. Le mineur peut, par dérogation aux principes de l'autorité parentale, s'opposer à la consultation des titulaires de l'autorité parentale. Ce sont les hypothèses prévues aux articles L1111-5 et suivants du code de la santé publique. Ainsi, le médecin ou la sage-femme peuvent se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Cet article n'est pas applicable toutefois au champ psychiatrique, que ce soit pour les admissions ou les soins. S'il faut considérer l'avis du mineur, la prérogative reconnue aux parents de demander l'admission en soins psychiatriques du mineur a un caractère exclusif<sup>129</sup>.

Ils peuvent aussi garder le secret dans certains cas particuliers comme l'interruption volontaire de grossesse qui sera abordée ultérieurement, ou la contraception. Dans le statut du patient mineur, l'information et le consentement sont toujours liés. Pourtant, il est possible d'envisager que l'information des parents soit exigée mais pas leur consentement<sup>130</sup>.

Pour protéger ce secret, le code de la santé publique prévoit la possibilité pour le mineur de former opposition à la communication de son dossier aux détenteurs de l'autorité parentale, dans le cas où il a reçu les soins sans leur consentement et sans les informer. La commission d'accès aux documents administratifs (CADA) peut également admettre qu'un établissement de santé refuse la communication de certains éléments du dossier médical aux parents si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, consacré par l'article 3 de la CIDE<sup>131</sup>.

Les droits du titulaire de l'autorité parentale sont donc parfois contournés pour permettre à l'adolescent de conserver le secret sur certains actes, souvent personnels. Cet affaiblissement des droits est encore plus prégnant en détention.

---

<sup>129</sup> C. Jacqmin, juge pour enfants, dans le cadre du colloque « Liberté, sécurité, soins : la nouvelle diagonale du fou », organisé par le Syndicat de la magistrature le 23 novembre 2012, *J'essaime ... pour une autre justice*, numéro spécial (26/27) - Juillet 2013

<sup>130</sup> PANFILI Jean-Marc, « L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques », *Revue droit & santé* n° 63, Chroniques page 29 à 46, LEH Edition

<sup>131</sup> CADA, conseil 6 avril 2017, n°20171051, citée par MOQUET-ANGER M-L, *Droit hospitalier*, *op.cit.*

## B) *L'information à distance des détenteurs de l'autorité parentale*

L'information doit être délivrée lors d'un entretien individuel, en vertu de l'article L1111-2. Toutefois, dans le cas du mineur détenu, l'éloignement familial ne permet généralement pas aux parents d'assister à la consultation. L'information est alors donnée uniquement au mineur dans le cadre de cet entretien individuel.

L'information aux parents est faite par téléphone. Cette information doit en principe être la plus fréquente possible mais ce n'est pas toujours possible. Ainsi, à l'EPM de Porcheville<sup>132</sup>, l'équipe infirmière « *s'efforce* » d'informer la famille des traitements prescrits à leur enfant par téléphone ou en se rendant à l'accueil des familles. Le rapport de visite témoigne de la difficulté d'informer et cela pose des questions en matière de consentement. En effet, en principe les parents doivent consentir en amont à tout acte mais comme ils signent une autorisation générale de prise en charge, ils consentent en réalité de manière globale.

Au centre pénitentiaire de Rennes, dans le cas d'une mineure qui souhaiterait par exemple informer ses parents d'un acte médical assez important, comme une interruption de grossesse, l'équipe médicale peut accélérer l'obtention de l'accès à un téléphone afin que la mineure puisse informer elle-même ses parents. L'information est alors facilitée. En revanche, le parent, qui a signé l'autorisation générale de soins, n'est pas informé de chaque acte et du suivi. Il sera informé en cas d'acte invasif sérieux, ou de blessures assez importantes.

Concernant l'accès au dossier, à l'EPM de Marseille<sup>133</sup>, les parents peuvent demander au médecin chef de pôle le dossier de leur enfant. En principe, seules certaines pièces seront photocopiées à leur charge. Toutefois, ils peuvent obtenir la totalité du dossier, sauf opposition précédemment évoquée, en formulant la demande auprès de la direction de l'hôpital. Les principaux éléments seront par ailleurs fournis directement au mineur à sa sortie.

Le caractère payant peut être un frein supplémentaire à l'exercice du droit à l'information, contenue dans le dossier, pour des parents déjà éloignés physiquement. Au centre pénitentiaire de Rennes, ce droit d'accès au dossier par les parents n'est a priori jamais exercé<sup>134</sup>.

Pour conclure, l'information est un droit du patient bien distinct, qui bénéficie au mineur mais aussi à ses parents. Toutefois, ce droit parental n'est pas absolu et peut être contrarié par la détention, comme c'est le cas du consentement. Les deux droits sont justement étroitement

---

<sup>132</sup> CGPL, Rapport de visite : Etablissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de PORCHEVILLE - du 2 au 6 octobre 2017 – 3<sup>ème</sup> visite

<sup>133</sup> CGPL, Rapport de visite : Etablissement pour mineurs (EPM) de MARSEILLE - 5 au 9 mars 2018 - 3<sup>ème</sup> visite

<sup>134</sup> Entretien avec le Dr Savouré - 21 juin 2019



liés. En effet, il est impossible de consentir librement et de manière éclairée, en l'absence d'information claire et adaptée.

## **Chapitre II- L'affaiblissement du rôle décisionnaire des titulaires de l'autorité parentale à l'égard de l'enfant détenu**

*« Le professionnel de la santé, s'il veut respecter la réalité de l'adolescent ne peut le considérer comme un enfant où la dépendance a priorité sur l'autonomie, ni comme un adulte où l'autonomie occupe la place centrale »,* comme l'affirment H. Doucet, professeur d'éthique et J. Wilkins, professeur de pédiatrie. L'adolescent, qu'il soit détenu ou non, est donc un patient particulier qui bénéficie d'un statut complexe au regard de sa santé. Ce statut ne prend pas suffisamment en considération le caractère évolutif de la jeunesse. Les textes, français et internationaux, sont en effet attachés à un certain universalisme des règles et au principe d'égalité entre tous, quel que soit l'âge. Soigner un adolescent n'est toutefois pas la même chose que soigner un jeune enfant. Si le consentement parental est exigé, il est certain que plus le mineur grandit, plus son consentement devra être recherché. Cela est encore plus vrai pour le mineur détenu, souvent reçu seul par le médecin. Se pose alors la question de la distorsion entre le statut du mineur en droit médical et la réalité de la prise en charge au sein du milieu carcéral.

### ***Section I - Le principe du consentement parental à l'acte de soin : un principe relatif***

#### **Paragraphe 1: Le principe du consentement aux soins dispensés au mineur détenu**

La loi du 29 juillet 1994<sup>135</sup> affirme qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Elle ajoute un article 16-3 dans le code civil, qui dispose que le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. En matière de santé, les règles relatives au consentement diffèrent pour le mineur. Le consentement parental sera exigé en principe (A). Toutefois, il existe un certain nombre de dérogations inhérentes au profil du mineur (B).

---

<sup>135</sup> Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain (1)

### A) *Le cas particulier du consentement des mineurs en droit de la santé*

Le principe du consentement libre et éclairé a été réaffirmé par la loi du 4 mars 2002 et introduit à l'article L1111-4 du code de la santé publique. *“Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé”*. Ce droit de consentir aux soins s'accompagne également du droit de refuser les soins.

L'article L1111-4 affirme que le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté. L'article L1111-2 rappelle, par ailleurs, que les intéressés ont le droit de participer à la prise de décision d'une manière adaptée à leur degré de maturité. Néanmoins, il revient aux titulaires de l'autorité parentale de prendre la décision finale. Dans une décision du Conseil d'Etat du 7 mai 2014, il a été ainsi jugé que seule l'urgence peut dispenser un médecin de recueillir le consentement des deux parents du mineur<sup>136</sup>.

L'article L1111-4 du code de la santé publique prévoit néanmoins que dans le cas d'un refus de traitement pouvant entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin peut délivrer les soins indispensables. Le professionnel de santé n'a pas besoin de solliciter une mesure de justice, même si l'article R.1112-35 du code de la santé publique prévoit une telle procédure.

Le principe du consentement parental n'est donc pas absolu et notamment dans le cas des mineurs, adolescents.

### B) *Les dérogations à l'obtention du consentement parental liées au profil du mineur*

Certains mineurs, émancipés ou non accompagnés, font l'objet d'un régime différencié selon leur situation. Ils vont alors exercer seuls leurs droits ou faire l'objet d'une tutelle.

Tout d'abord, les mineurs non accompagnés, qui tendent à être de plus en plus nombreux en détention, sont coupés de leur famille. Il n'est donc pas possible d'obtenir le consentement du parent à l'acte de soin. Il existe alors deux types de mesures permettant de pallier l'absence des titulaires de l'autorité parentale. Une mesure de tutelle peut par exemple être mise en place. L'article 390 prévoit que *« La tutelle s'ouvre lorsque le père et la mère sont tous deux décédés ou se trouvent privés de l'exercice de l'autorité parentale. Elle s'ouvre, aussi, à l'égard d'un enfant dont la filiation n'est pas légalement établie [...] »*. Il convient de rapporter la preuve

---

<sup>136</sup> CE, 7 mai 2014, n°359076.

du décès du ou des représentants légaux, ou de justifier des recherches entreprises pour les retrouver. Si aucun proche n'est susceptible d'exercer la tutelle, le département, compétent en matière d'aide sociale à l'enfance, se voit déférer la tutelle. Il n'y aura pas de conseil de famille. Cette tutelle permet d'exercer les actes d'autorité parentale à la fois sur la personne et les biens du mineur. Le tuteur consentira aux actes médicaux.

Le seul éloignement des parents à l'étranger ne peut néanmoins permettre d'ouvrir une mesure de tutelle. Il est alors utile de demander une demande de délégation d'autorité parentale sur le fondement de l'article 377 alinéas 2 et 3 du CC. Cette procédure est utilisée lorsque les titulaires de l'autorité parentale sont identifiés dans le pays d'origine du mineur. Les deux parents doivent être appelés à l'instance. Le fonctionnement de la délégation d'autorité parentale implique l'existence d'un tiers volontaire pour l'exercer, qu'il ait recueilli l'enfant ou pas. Elle peut être totale ou partielle et donc porter sur un ou tous les actes médicaux. Le mineur non accompagné peut alors être guidé par le tiers délégataire mais il est difficile d'imaginer que son consentement ne soit pas pris en compte. En effet le tiers délégataire est nommé de manière temporaire et n'est pas nécessairement un proche de celui-ci. Il pourra néanmoins intervenir si la décision du mineur est susceptible d'entraîner de graves conséquences pour sa santé, même si le médecin est habilité pour prendre une telle décision. La mise en place de cette délégation permet au médecin de se couvrir, en matière de responsabilité.

Il peut également arriver que les parents se soient vus retirer leurs droits parentaux. Les parents peuvent se voir retirer leur autorité parentale en raison de mauvais traitements par exemple, d'une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques, d'un usage de stupéfiants, ou encore de comportements délictueux<sup>137</sup>. L'autorité parentale peut être retirée si l'enfant est témoin de violences, physiques ou morales, de pressions exercées entre les deux parents, ou en cas d'un défaut de soins ou d'un manque de direction, mettant manifestement en danger sa sécurité, sa santé ou sa moralité. « *Peuvent pareillement se voir retirer totalement l'autorité parentale, quand une mesure d'assistance éducative avait été prise à l'égard de l'enfant, les père et mère qui, pendant plus de deux ans, se sont volontairement abstenus d'exercer les droits et de remplir les devoirs* »<sup>138</sup>, qui n'étaient pas inconciliables avec la mesure.

Dans ce cas précis, une tutelle va être mise en œuvre. Le tuteur se substituera aux titulaires de l'autorité parentale et pourra consentir aux actes médicaux.

---

<sup>137</sup> Code civil, art. 378-1

<sup>138</sup> *Idem*

Enfin, le consentement parental peut ne pas être exigé dans le cas des mineurs émancipés, prévu par les articles 413-1 et suivants du code civil. Ce mineur a au moins seize ans révolus et est capable, comme un majeur, de tous les actes de la vie civile. Il peut alors consentir seul.

Ainsi le consentement parental n'est pas un principe absolu. L'autorité parentale et les prérogatives afférentes peuvent en effet être déléguées ou confiées à un tiers ou à un service du conseil départemental.

Pour les mineurs, qu'ils soient ou non encore sous l'autorité de leurs parents, il existe certaines zones d'autonomie, liées à la nature de l'acte de soin. Par ailleurs, dans certains cas, le consentement n'est pas recherché.

*Paragraphe 2: Le consentement des titulaires de l'autorité parentale évité, en raison de la nature de l'acte de soin*

Une autonomie relative est reconnue au mineur, adolescent, pour consentir à certains actes, comme l'interruption volontaire de grossesse. Cette autonomie a tendance à être croissante, affaiblissant ainsi l'autorité parentale (A). En cas d'hospitalisation sous contrainte, le consentement peut même être tout à fait contourné (B).

*A) Une certaine autonomie conférée au mineur, en matière de soin*

Les dérogations au consentement parental peuvent être également liées à l'acte de soin. Le mineur détenu dispose de certaines zones d'autonomie en matière de soins depuis la loi du 4 mars 2002, qui diminuent la place du parent.

Dans le cas de l'article L1111-5, précédemment évoqué, où le mineur souhaite garder le secret sur son état de santé, le médecin ou la sage-femme doivent dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation des parents. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peuvent mettre en œuvre l'acte. Dans ce cas, le mineur se fait malgré tout accompagner d'une personne majeure de son choix<sup>139</sup>. Le consentement des titulaires de l'autorité parentale est alors contourné. Le mineur ne peut complètement s'exonérer de la protection d'un majeur mais la définition de la personne adulte accompagnante n'est pas restrictive. Il peut s'agir de n'importe quel adulte que le mineur

---

<sup>139</sup> CSP, art. L1111-5

aura rencontré. En détention, son choix se tournera davantage vers un éducateur ou un membre du personnel surveillant.

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse est également possible sans recueil du consentement parental<sup>140</sup>. La procédure est la même. Si la femme mineure désire garder le secret, le professionnel de santé doit, dans l'intérêt de celle-ci, s'efforcer d'obtenir son accord pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés. Si la mineure souhaite malgré tout conserver le secret de son interruption de grossesse, celle-ci et les soins médicaux liés peuvent être pratiqués sans le consentement des détenteurs de l'autorité parentale. Elle doit toutefois se faire accompagner par une personne majeure de son choix.

Concernant l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence, les mineurs n'ont pas besoin de recueillir le consentement des détenteurs de l'autorité parentale. Ce consentement n'est, en effet, pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration des contraceptifs. Le dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, qui peut être proposé à la suite de l'examen médical d'entrée<sup>141</sup>, est lui aussi exonéré du recueil du consentement parental. Afin que ce droit à consentir seul soit effectif, il est accompagné d'un droit au secret. Cela concerne les actes précédemment cités mais aussi la réalisation d'examens de biologie médicale<sup>142</sup>.

Enfin, si la mineure détenue donne naissance à un enfant, elle aura autorité parentale sur son enfant, en vertu de l'article 371-1 du code civil. Le mineur se voit donc conférer une certaine autonomie pour les actes de soin relatifs à son intimité.

Le fait de bénéficier d'une affiliation propre à la Sécurité sociale permet de rendre ce droit plus effectif, dans la mesure où le parent ne sera pas informé de la prise en charge des frais afférents.

La situation du mineur détenu, qui n'est plus un enfant mais un adolescent, est alors nuancée. Il appartient bien à la catégorie des mineurs, sur le plan juridique, mais il bénéficie d'un régime aménagé. Certaines zones d'autonomie, qui affaiblissent alors l'autorité parentale, lui sont reconnues afin de le protéger d'une réaction familiale face à l'acte de soin, qui pourrait le mettre en danger. Enfin, l'acceptation de l'acte médical par le mineur peut conditionner la

---

<sup>140</sup> CSP, art. L2212-7

<sup>141</sup> Voir *supra*

<sup>142</sup> CSP, Article L5134-1

réussite du traitement. C'est par exemple le cas des addictions, qui sont fréquentes en détention, ou de l'obésité. Le mineur incarcéré doit alors s'impliquer dans son traitement et se responsabiliser, ses parents n'étant pas là pour le faire. En ce sens, il doit consentir au soin, même si cela affaiblit la place du parent.

Cette évolution dans l'exigence du consentement du mineur est parallèle à l'évolution générale en droit de la santé, qui vise à faire du patient un acteur de sa santé, un co-décideur. Le progrès vers un modèle de concertation entre le soignant et le soigné et l'abandon du paternalisme dans la relation de soin a affecté tous les patients, mineurs compris.

Toutefois ce principe du consentement, que ce soit celui du mineur ou celui des titulaires de l'autorité parentale, n'est pas absolu et peut être contourné.

#### *B) Hospitalisation sous contrainte: un consentement nié*

L'hospitalisation du mineur dans un établissement de santé mentale peut être décidée par le parent du mineur. Toutefois, en détention, l'hospitalisation sans consentement du jeune relève de l'article D.398 du code de procédure pénale. Ce dernier prévoit la possibilité d'une hospitalisation sans consentement des détenus souffrant de troubles mentaux. Trois conditions doivent être réunies. La personne doit nécessiter des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Le trouble mental dont elle souffre rend impossible son consentement. Enfin, elle constitue un danger pour elle-même ou pour autrui<sup>143</sup>. Il appartient alors au représentant de l'Etat dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu de prononcer par arrêté son admission en soins psychiatriques. Il agit à la suite d'un certificat médical circonstancié, qui ne peut être établi par un médecin exerçant à l'UHSA. Le médecin prévient en amont le directeur de l'établissement pénitentiaire, qui se mettra en relation avec son homologue au sein de l'établissement de santé de rattachement. Ce dernier transmettra la demande au préfet. S'agissant des mineurs, le consentement de l'intéressé n'est pas recueilli. Le consentement des parents ne sera pas non plus nécessaire. La circulaire précise que la décision est notifiée à l'intéressé. Il n'existe pas de disposition spécifique au mineur mais les détenteurs de l'autorité parentale sont aussi informés de cette décision.

---

<sup>143</sup> CSP, art L3214-3

Le principe du consentement parental à l'acte de soin connaît donc d'importantes dérogations. En détention, son recueil n'est pas toujours évident et l'autonomie accordée au mineur semble l'affaiblir encore davantage.

## ***Section II- Le principe du consentement des détenteurs de l'autorité parentale affaibli par la détention et l'autonomie reconnue au mineur détenu***

La Convention sur les droits de l'Homme et de la biomédecine<sup>144</sup> énonce dans son article 6 que l'avis du mineur doit être pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité. Comme évoqué précédemment, le consentement parental connaît un certain nombre de dérogations en matière de santé. En parallèle de ces dérogations légales, le principe du consentement est aussi heurté par la détention et par la reconnaissance du discernement du mineur. Plus le mineur est discernant, plus il est difficile de ne pas tenir compte de son avis.

### **Paragraphe 1 : La privation de liberté, frein au maintien des liens et à l'exercice du rôle de parent**

Le recueil du consentement est complexe et éloigne en réalité le parent de la prise en charge de son enfant (A). Cet éloignement est également lié à la séparation physique, induite par la privation de liberté (B).

#### ***A) Le recueil du consentement dans les établissements pénitentiaires accueillant des mineurs***

Dans la plupart des établissements, une autorisation générale de soins est signée par le parent ou par le conseil départemental, dans le cas des mineurs isolés. Toutefois, l'organisation peut varier d'un établissement à l'autre. A l'EPM d'Orvault<sup>145</sup>, « *le consentement des parents ou des tuteurs aux soins est systématiquement requis dès l'incarcération. En l'absence d'autorisation, les soins ne sont pas pratiqués à l'exception de ceux qui relèvent de l'urgence vitale* ». Dans le cas des mineurs non accompagnés, il arrive cependant que les équipes médicales procèdent à des vaccins ou des actions de dépistage, sans autorisation préalable. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté rappelle alors qu'il est important que la demande

---

<sup>144</sup> Convention dite d'Oviedo, ouverte à la signature le 4 avril 1997

<sup>145</sup> CGPL, Rapport de visite : Etablissement pour mineurs (EPM) d'Orvault - du 9 au 12 mai 2016 – 2ème visite

d'autorisation de soins soit effectuée avant le début de la prise en charge. L'exigence du consentement est donc partiellement respectée.

Dans tous les établissements une autorisation générale est signée. Les parents ne consentent pas pour chaque acte. A l'EPM de Porcheville, un courrier type est adressé à la famille pour obtenir l'autorisation de prodiguer des soins, de vacciner, de réaliser une extraction médicale<sup>146</sup>. A l'EPM de Lavour<sup>147</sup>, il est précisé que l'autorisation des parents ne parvient pas toujours à l'établissement. Le rapport du CGPL affirme alors que les soins sont pratiqués même en l'absence d'autorisation. Certains parents sont difficilement joignables. Il appartient alors à l'éducateur de se mettre en relation avec eux. S'agissant des mineurs isolés, il a été indiqué que le conseil général était en charge de signer l'autorisation.

L'autorisation générale permet à l'équipe soignante de se prémunir de toute action en responsabilité pour non-respect de cette obligation. Ainsi dans le cas précis du centre pénitentiaire de Rennes, il est arrivé qu'une mineure isolée, enceinte, doive réaliser de manière urgente un certain nombre d'exams. Aucune autorisation de soin n'avait été signée par un adulte référent. Les équipes soignantes ont alors contacté les services judiciaires pour pouvoir obtenir une autorisation de soins, afin de se protéger juridiquement.

A l'EPM de Marseille, il est précisé dans le rapport de la troisième visite du CGPL qu'une autorisation spécifique est demandée en cas d'intervention chirurgicale, en complément de l'autorisation générale. Elle est envoyée par le médecin de l'hôpital où l'intervention aura lieu.

Enfin, la circulaire<sup>148</sup> du 18 mars 2011 prévoit que dans le cas d'une procédure d'hospitalisation avec consentement au sein d'une UHSA, le médecin doit prévenir les titulaires de l'autorité parentale, afin d'obtenir leur consentement. Il y a donc une procédure spécifique de recueil du consentement dans ce cas précis.

Au-delà de la question du recueil, l'éloignement peut être un frein au maintien des liens.

*B) L'éloignement des mineurs, cause de l'affaiblissement du principe de consentement parental*

Certains mineurs sont en rupture avec leur milieu familial et en sont éloignés géographiquement. Le parent, même s'il autorise de manière générale le soin, est alors écarté de la

---

<sup>146</sup> CGPL, Rapport de visite : Etablissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de PORCHEVILLE - du 2 au 6 octobre 2017 – 3<sup>ème</sup> visite

<sup>147</sup> CGPL, Rapport de visite : Etablissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de LAVOUR - du 7 au 9 juillet 2015 - 2<sup>ème</sup> visite

<sup>148</sup> Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)



prise en charge sanitaire. Le professionnel soignant qui reçoit seul le mineur va l'impliquer davantage. Ainsi le Dr Savouré affirme que pour sa part, il n'y a pas "d'enfant" et qu'elle responsabilise le mineur comme un majeur.

Il peut arriver, comme à l'établissement pour mineurs de Porcheville, que les parents soient convoqués à la consultation. Ils peuvent refuser en remplissant un formulaire, afin de préciser les motifs de leur refus.

Toutefois, ce cas semble rare. Il peut être envisagé dans le cas où les mineurs résident dans la ville ou le département où se situe l'établissement dans lequel ils sont incarcérés. Dans le cas de la prison de Rennes, où les mineures peuvent venir de loin, cela n'est pas proposé.

Il y a donc un éloignement à la fois géographique et affectif pouvant contribuer à affaiblir la place du parent, en matière de santé.

En conclusion, le statut complexe du mineur, en droit de la santé, et les contraintes inhérentes à la détention contribuent à faire reculer le rôle des parents en matière de prise en charge sanitaire. Par ailleurs, le mineur, reconnu discernant, tend à être responsabilisé. Se pose alors la question de l'articulation entre les notions de discernement et de consentement.

#### Paragraphe 2- L'articulation entre discernement et consentement

Le principe de discernement fonde la responsabilité pénale du mineur dans la mesure où en droit français il n'existe pas de seuil en-dessous duquel l'enfant serait nécessairement irresponsable (A). Le discernement suppose un certain degré de maturité, comme la recherche du consentement de l'enfant en droit médical. En ce sens l'articulation des deux notions semble affaiblir davantage la place du parent dans l'acte médical (B).

##### *A) Le principe de discernement en droit pénal*

L'ordonnance de 1945 n'avait pas retenu la notion de discernement, pourtant présente dans le code pénal de 1810. L'arrêt Laboube du 13 décembre 1956<sup>149</sup> a réintroduit ce principe. La cour de cassation, dans cet arrêt célèbre, a affirmé que même si l'ordonnance du 2 février 1945 ne fait pas référence au discernement, « *encore faut-il, conformément aux principes généraux du droit, que le mineur – dont la participation à l'acte matériel à lui reproché est établie – ait compris et voulu cet acte ; que toute infraction même non intentionnelle suppose en effet*

---

<sup>149</sup> Cass. Crim. 13 décembre 1956

*que son auteur ait agi avec intelligence et volonté ».*

La loi du 9 septembre 2002<sup>150</sup> a consacré cette jurisprudence, en introduisant la notion de discernement à l'article 122-8 du code pénal. Le discernement devient alors une condition obligatoire pour mettre en œuvre la responsabilité pénale d'un enfant mineur, au titre de l'imputabilité<sup>151</sup>. Il n'est pourtant pas défini juridiquement.

S'il peut être défini couramment comme la faculté de juger et d'apprécier avec justesse<sup>152</sup>, Laurent Gebler, juge des enfants et président de l'association française des magistrats de la justice et de la famille, estime que personne n'est capable de dire exactement ce qu'est le discernement<sup>153</sup>. En effet mesurer le discernement revient à apprécier une qualité psychologique. Dans la pratique, même s'il diffère d'un enfant à l'autre, il est souvent considéré comme acquis autour de l'âge de sept ans<sup>154</sup>. Le droit pénal prend néanmoins en considération le fait qu'il puisse y avoir différents degrés de discernement<sup>155</sup>.

La notion de discernement est donc une notion souple et appréciée subjectivement. Elle revient à estimer que le mineur est suffisamment apte à apprécier avec justesse les choses et peut être interrogée en parallèle de la question du consentement. En effet, en matière de santé, le mineur a le droit de recevoir lui-même l'information, d'une manière adaptée à son degré de maturité. La maturité est également difficile à apprécier, mais elle s'accompagne nécessairement de l'acquisition du discernement. Discernement, consentement et autonomie sont très liés. Il est alors nécessaire de prendre en compte le consentement du mineur détenu, jugé suffisamment discernant par la juridiction pénale.

---

<sup>150</sup> Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

<sup>151</sup> Cass. Crim. 13 mars 1991.

La responsabilité se compose de l'imputabilité (le lien de l'infraction à son auteur) et la culpabilité (la faute). La doctrine majoritaire, tout comme la jurisprudence de la cour de cassation, estime que le discernement est lié à l'imputabilité et non pas à la culpabilité.

<sup>152</sup> Dictionnaire de la langue française, Le Robert

<sup>153</sup> France inter, Le téléphone sonne, "Justice des mineurs : irresponsable à 13 ans ?", 17 juin 2019, par Fabienne Sintès.

<sup>154</sup> Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz, Enfance délinquante – Responsabilité pénale des mineurs – BONFILS P, BOURGEOIS-ITIER L. – Octobre 2018 (actualisation : mai 2019)

<sup>155</sup> Le droit pénal prend en considération l'existence de différents degrés de discernement en instaurant des seuils, au-dessus desquels peuvent être prononcées les mesures éducatives, les sanctions éducatives et les peines privatives de liberté.

B) *Le mineur discernant, acteur de sa prise en charge sanitaire*

« *L'adolescence s'accommode mal des frontières de l'état civil ; elle est une période de transition* »<sup>156</sup>. Cette période marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Pour les sociologues, l'adolescence est variable et ne peut être uniquement déterminée par les critères anatomiques, liés à la puberté. Certains auteurs font référence à « *un processus de différenciation et d'autonomisation marqués par des bouleversements physiques et psychologiques* »<sup>157</sup> qui prennent des allures multiples.

Sur le plan juridique, l'adolescent ne peut en principe exercer seul ses droits. Néanmoins il peut être condamné à une peine privative de liberté, s'il est reconnu suffisamment discernant. Il peut être déclaré responsable de ses comportements délictueux. Cela témoigne d'une certaine complexité juridique du statut de l'adolescent.

Son statut en droit médical est aussi complexe que son statut en droit pénal et civil puisqu'il est entre l'enfant et l'adulte, même si le droit ne prévoit pas de régime différencié. Pour certains auteurs, la loi du 4 mars 2002 a introduit une certaine « *majorité sanitaire* »<sup>158</sup> permettant au mineur de recevoir lui-même l'information et de consentir aux soins. En matière de santé, il apparaît alors que l'incapacité juridique ne fait pas obstacle à ce que le mineur exerce seul certains droits. Ces droits sont évolutifs et ne dépendent pas de seuils. Il existe ainsi un parallèle avec le droit pénal des mineurs qui ne pose pas non plus de seuils. Plus son discernement grandit, plus le mineur est susceptible de faire l'objet d'une peine privative de liberté et de consentir aux actes médicaux le concernant.

Il serait alors contradictoire de nier cette singularité du mineur détenu et de ne pas prendre en compte pleinement son droit à consentir, même si cela amoindrit considérablement la place des titulaires de l'autorité parentale. Par ailleurs, lui donner la possibilité d'acquérir les outils nécessaires à la préservation de sa santé est cohérent avec le sens de la peine, qui vise à la réhabilitation, à la réinsertion et à sanctionner un acte délictueux.

L'autorisation générale de soins est alors un outil intéressant. Elle permet à la fois aux médecins et aux établissements de santé de se protéger en respectant l'obligation de recueil du consentement parental, et aux mineurs détenus de disposer d'une certaine autonomie, dans la relation de soin.

---

<sup>156</sup> CGPL, "Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale", 2017, Dalloz

<sup>157</sup> BECK F., MAILLOCHON F., OBRADOVIC I., « Adolescence », 2014, Belin

<sup>158</sup> G. Fauré, Vers l'émergence d'une majorité sanitaire ?, dans La loi du 4 mars 2002 : continuité ou nouveauté en droit médical?, PUF 2003

Pour conclure, la recherche du consentement à l'acte médical semble alors davantage relever de la nécessité de maintenir les liens familiaux et de ne pas court-circuiter l'autorité parentale, que d'une question véritable de consentement. On reconnaît en effet à cet adolescent de nombreuses zones d'autonomie et on l'a jugé suffisamment apte à comprendre la nature de ses actes délictueux. La deuxième raison motivant le respect de l'autorité parentale tient à l'obligation pour le professionnel soignant de respecter les obligations légales et de se protéger. Toutefois, il est certain que cette place du parent est réellement affaiblie.

## Conclusion

La prise en charge sanitaire du mineur détenu prend indéniablement en compte les besoins de ce patient particulier, plus vulnérable. Les acteurs, qui gravitent autour de lui pendant la détention, font preuve d'une vigilance renforcée et se spécialisent. Ils œuvrent pour lui donner les outils nécessaires qui lui permettront de prendre les bonnes décisions pour sa santé. Toutefois, cette prise en charge repose sur un ensemble de textes encore hétérogènes. Le mineur est parfois considéré uniquement comme un détenu. Parfois, il est davantage mineur que détenu. Dans d'autres cas, il parvient à s'émanciper de la tutelle parentale pour devenir un jeune adulte et prendre les décisions qui le concernent. Cette hétérogénéité ne facilite pas la lisibilité et peut freiner la mise en œuvre des droits au moment de la prise en charge sanitaire<sup>159</sup>.

Cette hétérogénéité se retrouve en matière de prise en charge sanitaire des mineurs détenus. Le mineur malade est en effet une catégorie composite. Adolescent et enfant ne peuvent être impliqués de la même manière dans la procédure de soin. Cette réalité est depuis la loi du 4 mars 2002 prise en compte par le droit de la santé, qui tend à « dépasser l'approche segmentée classique de la jeunesse » et à passer « d'une logique d'exclusion du mineur incapable à une approche inclusive de la jeunesse, constructive de l'autonomie ». Ce passage, même s'il n'est pas évident, s'opère clairement en détention. Le mineur étant par définition éloigné de son milieu familial, son autonomie est fortement encouragée.

Toutefois ce renforcement des droits du mineur ne concerne pas nécessairement tous ses droits. En effet certains d'entre eux sont heurtés par les contraintes carcérales, comme le droit à la confidentialité des soins. Il existe une distorsion entre les droits reconnus et leur effectivité réelle même si le patient détenu est plutôt bien pris en charge. Il apparaît utopique d'envisager une disparition complète de cette distorsion, le mineur détenu n'étant définitivement pas un patient comme les autres.

Pourtant, « *il est indispensable que le détenu, afin de se sentir membre à part entière de cette société qui l'a puni, dispose des mêmes droits que tous les citoyens et puisse les faire appliquer de la même manière. Comment en effet demander à un individu de respecter les règles d'une société dont il est exclu ou au sein de laquelle il ne peut exercer aucun de ses droits?* »<sup>160</sup>. Ces propos sont d'autant plus vrais pour le mineur. S'il ne dispose pas de la pleine

---

<sup>159</sup> Le constat de cette hétérogénéité est fait par Eudoxie Gallardo, Le statut du mineur détenu

<sup>160</sup> MANSUY I., La protection des droits des détenus en France et en Allemagne, Paris, L'Harmattan, 2007, citée par BONNE-HARBIL A., Droit et santé en détention, *op. cit.*

capacité d'exercer seul ses droits, il doit, en effet, croire en leur effectivité. Comment lui demander de s'insérer dans la société et de devenir un adulte, respectueux des règles et des lois, sans l'impliquer dans la mise en œuvre de ses droits ? Il convient de donner l'exemple à ces jeunes afin de leur montrer que les règles, qu'elles posent des devoirs ou des droits, sont effectives et sont respectées, par tous, y compris par l'Etat, ici représenté par l'administration pénitentiaire.

Pour conclure, Gaël Faye dans Petit pays écrit « *L'enfance m'a laissé des marques dont je ne sais que faire. Dans les bons jours, je me dis que c'est là que je puise ma force et ma sensibilité. Quand je suis au fond de ma bouteille vide, j'y vois la cause de mon inadaptation au monde* ». Il est important pour éviter l'inadaptation au monde des mineurs passés par la détention, d'essayer de soigner ces "marques", grâce à l'action coordonnée de tous les acteurs, pendant l'incarcération et à la sortie.

## Bibliographie :

### *Ouvrages généraux :*

- MOQUET-ANGER Marie-Laure, Droit hospitalier, 5ème édition, LGDJ, Lextenso, 2018
- Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz : BONFILS P., BOURGEOIS-ITIER L., “*Enfance délinquante – Responsabilité pénale des mineurs*”, Octobre 2018 (actualisation : mai 2019)

### *Ouvrages spécialisés :*

- Sous la direction de FEUILLET-LIGER B. et IDA R., Adolescent et acte médical, regards croisés, approche internationale et pluridisciplinaire, 2011, BRUYLANT
- GALLARDO E., Le statut du mineur détenu, 2008, L'Harmattan

### *Thèses et mémoire :*

- BONNE-HARBIL A., Droit et santé en détention, LEH édition, Thèse de droit privé et de sciences criminelles soutenue à l'université de Lorraine le 12 décembre 2016

### *Articles :*

- GALLARDO E., “*Les droits fondamentaux du mineur détenu : entre protection et éducation*” dans PUTMAN E., GIACOPELLI M., Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté, 2016, Mare et Martin
- GUERIN D., RENARD S., “*Réflexions sur la jeunesse en droit de la santé*”, Revue de droit sanitaire et social, janvier et février 2018, p. 106, Dalloz
- PANFILI Jean-Marc, « *L'autonomie réduite de l'adolescent en soins psychiatriques* », Revue droit & santé n° 63, Chroniques page 29 à 46, LEH Edition
- SANNIER O., NAPPEZ S., MANAOUIL C., “*Prise en charge sanitaire des mineurs détenus*”, Archives de Pédiatrie 2010, n°17, p.166-174

### *Rapport:*

- Rapport d'information de M. Michel AMIEL, fait au nom de la MI réinsertion des mineurs enfermés : « *Une adolescence entre les murs : l'enfermement, dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif* »

*Divers :*

- Guide méthodologique : Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, Ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, Editions 2018 et 2019
- « *Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux* », Etude collective réalisée dans le cadre d'un module interprofessionnel de l'EHESP, 2011



# Table des matières

<i>Introduction</i> .....	1
PARTIE I - Un accès au soin garanti et adapté pour le mineur détenu.....	8
Chapitre I - Un droit à la protection de la santé reconnu et garanti .....	8
Section I - Reconnaissance et organisation de l'accès aux soins en détention pour les mineurs.....	9
Paragraphe 1 - La reconnaissance du droit à la protection de la santé du mineur détenu .....	9
A) Un droit unanimement affirmé et applicable au mineur détenu .....	9
B) Contenu et garantie du droit à la protection de la santé.....	11
Paragraphe 2 : Le dispositif de prise en charge sanitaire .....	12
A) L'organisation de la mission de service public hospitalier.....	13
B) L'organisation des consultations en milieu pénitentiaire et de la permanence des soins .....	14
Section II - Les contraintes pesant sur l'accès au soin, par le mineur détenu.....	16
Paragraphe 1 : La question du libre choix du médecin, atteinte à la volonté du mineur détenu .....	16
A) Le principe du libre choix du médecin, hors du milieu pénitentiaire .....	17
B) Le libre choix du praticien et de l'établissement de santé, un principe non transposable au mineur détenu .....	17
Paragraphe 2 : Un accès aux soins inégal ou retardé .....	18
A) Une prise en charge inégale selon les établissements.....	19
B) L'organisation des extractions, facteur de report de la prise en charge.....	20
Chapitre II - La prise en charge du mineur détenu : entre éducation, prévention et spécialisation.....	21
Section I : Une prise en charge adaptée pour un patient particulier.....	21
Paragraphe 1 - Le mineur détenu, un patient à évaluer: entre enfant dangereux et enfant en danger .....	22
A) Le profil des mineurs détenus.....	22
B) L'évaluation, préalable nécessaire à la prise en charge du mineur.....	23
Paragraphe 2 - Une prise en charge spécialisée pour protéger la santé du mineur en détention .....	25
A) L'adaptation des conditions de détention à la minorité.....	25
B) Spécialisation et pluridisciplinarité de la prise en charge de la santé du mineur détenu .....	27
Section II- Prévention et éducation : des aspects incontournables de la prise en charge de la santé du mineur détenu.....	29
Paragraphe 1- L'accent mis sur la prévention du suicide en détention .....	29
A) Protection du droit à la vie des mineurs détenus et responsabilité de l'Etat ..	30

B) Le dispositif de prévention du suicide en détention .....	31
Paragraphe 2- La prévention auprès des mineurs détenus : une mission pour envisager la réinsertion .....	33
A) Les consultations de prévention .....	33
B) Promotion et éducation à la santé en détention .....	34
PARTIE II – L’effectivité relative des droits du patient mineur lors de sa prise en charge en détention .....	36
Chapitre I- Les droits du patient mineur et des détenteurs de l’autorité parentale contrariés par les contraintes carcérales .....	36
Section I - Les incidences négatives de la quête de sécurité sur la prise en charge sanitaire .....	37
Paragraphe 1- Le droit à la confidentialité des informations et au secret professionnel : un droit non-absolu.....	37
A) Un droit non-absolu à la confidentialité des données et au secret professionnel	37
B) Dérogations et partage d’informations .....	38
Paragraphe 2- Contraintes carcérales et intervention du personnel surveillant dans la prise en charge sanitaire: les droits contrariés du mineur détenu.....	40
A) La confidentialité des soins, dispensés au mineur, heurtée par la détention ..	40
B) Le recours abusif aux mesures de contrainte.....	42
Section II - Le droit à l’information des titulaires de l’autorité parentale contrarié par la détention .....	44
Paragraphe 1 : La persistance de l’autorité parentale et le respect du droit à l’information lors de la détention du mineur.....	45
A) L’importance du maintien des liens familiaux en détention.....	45
B) Le droit à l’information du mineur et des titulaires de l’autorité parentale ....	46
Paragraphe 2 : Un droit relatif heurté par la détention.....	47
A) Les dérogations à l’information des titulaires de l’autorité parentale .....	48
B) L’information à distance des détenteurs de l’autorité parentale.....	49
Chapitre II- L’affaiblissement du rôle décisionnaire des titulaires de l’autorité parentale à l’égard de l’enfant détenu.....	50
Section I - Le principe du consentement parental à l’acte de soin : un principe relatif....	50
Paragraphe 1: Le principe du consentement aux soins dispensés au mineur détenu ...	50
A) Le cas particulier du consentement des mineurs en droit de la santé .....	51
B) Les dérogations à l’obtention du consentement parental liées au profil du mineur.....	51
Paragraphe 2: Le consentement des titulaires de l’autorité parentale évité, en raison de la nature de l’acte de soin.....	53
A) Une certaine autonomie conférée au mineur, en matière de soin.....	53
B) Hospitalisation sous contrainte: un consentement nié.....	55

Section II- Le principe du consentement des détenteurs de l'autorité parentale affaibli par la détention et l'autonomie reconnue au mineur détenu .....	56
Paragraphe 1 : La privation de liberté, frein au maintien des liens et à l'exercice du rôle de parent .....	56
A) Le recueil du consentement dans les établissements pénitentiaires accueillant des mineurs.....	56
B) L'éloignement des mineurs, cause de l'affaiblissement du principe de consentement parental .....	57
Paragraphe 2- L'articulation entre discernement et consentement .....	58
A) Le principe de discernement en droit pénal .....	58
B) Le mineur discernant, acteur de sa prise en charge sanitaire.....	60
<i>Conclusion</i> .....	62

## La prise en charge de la santé du mineur détenu

La prison a dû s'adapter à l'enfermement des mineurs et aux spécificités de ce public particulier. L'administration pénitentiaire se montre particulièrement vigilante à l'égard de cet usager, plus vulnérable, afin notamment de préserver sa santé, celle-ci étant un élément clé de la construction du jeune détenu et de sa bonne réinsertion.

Comme pour tout détenu, les droits du mineur ne s'éteignent pas, ou ne sont pas suspendus avec la privation de liberté. Ils doivent être pris en compte, à tout moment de la prise en charge. Ils peuvent toutefois se heurter aux contraintes de sécurité inhérentes au milieu carcéral. Pour les mineurs, il existe une spécificité supplémentaire : le mineur n'exerce pas seul ses droits. L'administration pénitentiaire et les professionnels gravitant autour du mineur doivent alors s'assurer de l'effectivité des droits de ceux restés en dehors des murs : les titulaires de l'autorité parentale.

Ce mémoire se propose alors d'examiner le dispositif de prise en charge du mineur, sa spécificité et surtout la distorsion entre la reconnaissance des droits et leur effectivité réelle.

### *Health care of imprisoned juveniles*

The penitentiary administration had to take into account the special needs of imprisoned minors. The administration has to provide appropriate health care for these special inmates and protect them from harm. Health is in fact a key element in the development of minors and in their rehabilitation.

Minor patients have equal rights, even if they are detained. Their rights have to be taken into account at any time of the detention. However, they are not fully respected, because of security and organization constraints.

Concerning minors, the penitentiary administration is also required to respect parental rights. However, there is a gap between legal requirements and reality for several reasons, including geographical and emotional distance between the child and his/ her parents.

This work focuses on this gap between minors' rights and their effectiveness, during health care in detention.