



**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ**

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Direction générale de l'offre de soins
Direction générale de la santé
Direction générale de la cohésion sociale
Direction de la sécurité sociale

Direction de l'administration pénitentiaire
Direction de la protection judiciaire de la
jeunesse

Le Directeur général de l'offre de soins

Le Directeur général de la santé

La Directrice générale de la cohésion sociale

Le Directeur de la sécurité sociale

Le Directeur de l'administration pénitentiaire

Le Directeur de la protection judiciaire de la
jeunesse

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de santé

Mesdames et Messieurs les directeurs
interrégionaux des services pénitentiaires

Mesdames et Messieurs les directeurs
interrégionaux de la protection judiciaire de
la jeunesse

**CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373
du 30 octobre 2012** relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge
sanitaire des personnes placées sous main de justice.

NOR : AFSH1238354C

Classement thématique : Etablissements de santé- organisation

Catégorie : Mesures d'organisation retenues par les ministres pour la mise en œuvre des
dispositions dont il s'agit.

Résumé : Mise à jour du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des
personnes détenues publié le 10 janvier 2005.

Mots clés : Guide méthodologique- Soins aux personnes placées sous main de justice.

Textes de référence :

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la sante publique et à la protection sociale

Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 n°2009-1436

Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatrique et aux modalités de leur prise en charge

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatifs aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier

Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n°45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale

Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP/2005/27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

Annexe : Guide méthodologique.

Diffusion :

Directions des établissements hospitaliers de rattachement des unités sanitaires ; ensemble des personnels des unités sanitaires; directeurs interrégionaux des services pénitentiaires ; chefs d'établissements pénitentiaires ; directeurs départementaux des services d'insertion et de probation ; personnels des services pénitentiaires et des services d'insertion et de probation ; directeurs interrégionaux de la protection judiciaire de la jeunesse ; directeurs territoriaux de la protection judiciaire de la jeunesse ; directeurs des services et établissements de la protection judiciaire de la jeunesse ; personnels des services éducatifs de la PJJ présents en milieu pénitentiaire.

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et ses textes d'application ont considérablement fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Un premier guide relatif aux modalités de cette prise en charge et à destination de l'ensemble des professionnels concourant à celle-ci a été publié en novembre 1994. Celui-ci a été actualisé en janvier 2005.

Les différentes dispositions législatives et réglementaires intervenues depuis lors et impactant directement ou indirectement ce champ, voire les travaux conduits dans plusieurs domaines nécessitaient une nouvelle actualisation.

Il tient compte également du plan d'actions stratégiques 2010-2014 portant sur la politique de santé des personnes placées sous main de justice et rendu public le 28 octobre 2010.

PRESENTATION DE L'ARCHITECTURE

Le guide inclut quatre parties.

Une première partie (Partie I) porte sur l'administration et son organisation ;

Une seconde partie (Partie II) porte sur le fonctionnement et l'organisation du système de santé pour la prise en charge des personnes placées sous main de justice.

Celle-ci inclut quatre cahiers :

- Un Cahier I traitant des questions de droit et de déontologie ;
- Un Cahier II portant sur l'organisation des soins ;
- Un Cahier III relatif à la protection sociale de ces personnes et au financement de leur prise en charge,
- Un Cahier IV traitant des populations et pathologies spécifiques.

Une troisième partie (Partie III) regroupe les documents cadres ;

Une quatrième partie (Partie IV) regroupe les annexes.

PRINCIPAUX ELEMENTS D'INNOVATION OU D'ACTUALISATION

1- Droit et déontologie

La plupart des fiches constitutives de ce cahier sont nouvelles (droits des patients, documents médicaux, sécurité etc), répondant à une demande des professionnels d'apporter une clarification sur leurs droits et devoirs.

Les modalités du partage d'informations sont également traitées, celles-ci ayant fait l'objet d'une circulaire interministérielle N°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

2- Organisation des soins

• Les unités sanitaires (UCSA/SMPR)

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

- Par le décret du 14 mars 1986 qui a créé les 26 services médico psychologiques régionaux (SMPR),
- Par le décret du 27 octobre 1994 relatifs aux soins dispensés aux personnes détenues,
- Par la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice créant les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

La prise en charge des soins en milieu pénitentiaire a connu au cours de cette dernière décennie de nombreuses évolutions notamment pour les soins psychiatriques. Ces soins étaient considérés comme étant l'apanage quasi exclusif des SMPR au détriment de leur développement au sein des UCSA, elles-mêmes étant vues comme un lieu de prise en charge, prioritairement pour les soins somatiques.

Au demeurant, la législation de 2002 consacre la possibilité d'hospitalisation au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) (avec et sans consentement). De ce fait, l'hospitalisation à temps complet au sein des SMPR n'est plus possible.

D'autre part, le plan d'actions stratégiques 2010/2014 pour la politique de santé des personnes placées sous main de justice prévoit la mise en place de trois niveaux de soins psychiatriques. Dans ce cadre il est prévu au terme de ce plan que toutes les UCSA proposent, pour les prises en charge psychiatriques des activités ambulatoires (consultations, activités de groupe) et que toutes les régions administratives disposent d'au moins un site pénitentiaire pouvant accueillir les patients en hospitalisation à temps partiel. Ces missions ne sont donc plus limitées aux seuls SMPR, même si ces derniers assurent pour l'heure l'essentiel de ces prises en charge.

Ces évolutions, ainsi qu'une volonté de rendre plus lisible la hiérarchisation de niveaux de soins incluant les soins somatiques et psychiatriques ont amené les rédacteurs du guide à proposer une nouvelle dénomination des unités de soins implantées en milieu pénitentiaire. Celles-ci regroupant les UCSA et les SMPR s'appelleront désormais « **unités sanitaires** » **de niveau 1 lorsque les soins psychiatriques inclueront des prises en charge ambulatoires et de niveau 2 lorsque qu'une activité d'hospitalisation de jour sera autorisée.**

- **Les soins psychiatriques**

Le plan d'actions stratégiques rendu public le 28 octobre 2010 prévoit notamment la mise en place de la réorganisation du dispositif de soins psychiatriques pour la prise en charge des personnes détenues. Ce schéma de réorganisation issu des travaux conduits en 2009/2010 avec le concours de l'ensemble des professionnels concernés est le schéma suivant :

- Trois niveaux de soins sont définis : le niveau I correspond aux soins ambulatoires incluant des activités ambulatoires (consultations et activités de groupe), le niveau II inclut une activité d'hospitalisation de jour organisée au sein de l'unité sanitaire et le niveau III porte sur les hospitalisations à temps complet avec et sans consentement en milieu hospitalier.
- Le rôle spécifique des SMPR a été redéfini. Ceux-ci sont essentiellement orientés vers une mission de coordination au niveau régional et de formation.
- A terme, toutes les régions devront disposer d'au moins une unité sanitaire de niveau II. Les établissements pénitentiaires dotés aujourd'hui d'un SMPR répondent à cette qualification lorsque cette activité est effective.

Par ailleurs, la mise en place progressive des UHSA ainsi que l'application de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, ont donné lieu à un développement plus précis dans le guide répondant à une demande des professionnels.

3- Protection sociale

Le chapitre protection sociale a fait l'objet d'une refonte complète. La loi du 18 janvier 1994 prévoit l'affiliation de toute personne écrouée au régime général de l'assurance maladie. Néanmoins, l'évolution de la législation nécessitait une redéfinition de ces droits, des modalités de leur obtention et la clarification du rôle des acteurs intervenants ainsi que leur nécessaire coordination.

A cette fin est proposée une convention cadre entre les caisses primaires d'assurance maladie, les établissements pénitentiaires et les établissements de santé qui pourra utilement servir de modèle aux partenaires de terrain.

4- Financement des structures de soins

Le chapitre portant sur le financement de ces structures de soins a également fait l'objet d'une réécriture, tenant compte de la loi 2003-1199 du 18/12/2003 de financement de la sécurité sociale (tarification à l'activité (T2A)) et apportant des précisions sur les modalités de prise en charge d'un certain nombre de prestations (transports sanitaires, dispositifs médicaux à usage individuel, etc.), source de nombreuses interrogations.

Ce chapitre sera prochainement complété sur des thématiques encore à l'étude.

5- Adaptation des politiques de santé publique

Une attention particulière a été portée aux thèmes relatifs à la prévention du suicide et à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS).

En effet, l'importance prise par ces sujets a conduit à la mise en place de dispositifs spécifiques qu'il convenait d'explicitier et pour lesquels une clarification du rôle des différents acteurs s'imposait.

6- Documents cadres

Quatre documents cadres figurent dans le guide :

- **Un modèle de protocole unique** entre les établissements de santé et pénitentiaires ainsi que ses annexes est proposé. Il se substitue aux différents protocoles jusqu'à présent demandés selon les modalités de prise en charge des soins psychiatriques. Ce protocole et ses annexes intègrent par ailleurs tous les « documents à contractualiser » prévus par des instructions, circulaires ou par la législation.
- **Un modèle de convention entre les établissements de santé de médecine, chirurgie et gynécologie obstétrique (MCO) et psychiatriques** portant notamment sur les missions communes ou les organisations à mutualiser.
- **Un modèle de convention portant sur la protection sociale** relative aux modalités de partenariat entre les caisses primaires d'assurance maladie, les services pénitentiaires et les établissements de santé.
- **Les repères utiles à la prise en charge spécifique des personnes mineures.** Ce document synthétique a pour objet de rappeler les fondements juridiques et les principes de la prise en charge de ce public (prise en compte de l'autorité parentale, nécessité d'un accompagnement éducatif et spécificités de la prise en charge sanitaire). Il vient en complément des informations présentes dans les fiches thématiques du guide susmentionné.

Il apparaît essentiel que les protocoles et conventions locales soient actualisés voire conclus, dans l'année qui suivra la publication de ce guide.

NECESSAIRE PARTENARIAT ENTRE LES PROFESSIONNELS

La qualité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues repose sur une dynamique partenariale entre les acteurs concernés du monde de la santé et de la justice.

Ce partenariat, indispensable pour un bon fonctionnement, doit pouvoir s'instaurer en dépassant les clivages issus de cultures et d'approches différentes et dans le respect des domaines de compétences et des cadres professionnels de chacun.

Tout au long de ce guide sont déclinés des outils à mettre en œuvre pouvant soutenir ce partenariat : outils de communication au travers de diverses commissions, de contractualisation sur des sujets comme la prise en charge des AICS et des addictions.

Le protocole, document destiné à encadrer le fonctionnement des unités sanitaires au sein des établissements pénitentiaires, constitue le cadre formel de ce partenariat définissant les responsabilités des acteurs.

Cette troisième mise à jour du guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice a donné lieu à un document de référence plus dense et plus complet que ceux des précédentes éditions. Il tient compte des nouvelles législations, de l'émergence de nouvelles problématiques et de la volonté d'apporter des réponses aux interrogations légitimes des professionnels du terrain.

Ce guide fera l'objet d'une actualisation régulière, la première d'entre elles devant intervenir en 2013, nonobstant la finalisation de travaux en cours qui compléteront certaines fiches d'ici le mois de décembre 2012.

Vous veillerez à assurer, chacun pour ce qui vous concerne, une large diffusion de cette circulaire et de ses annexes auprès de l'ensemble des partenaires concernés.

Ce guide est accessible sur les sites internet du ministère des affaires sociales et de la santé <http://www.sante.gouv.fr/> et du ministère de la justice : <http://www.justice.gouv.fr/>

Le Directeur général de l'offre de soins

signé

Jean DEBEAUPUIS

Le Directeur général de la santé

signé

Jean-Yves GRALL

Le Directeur de la sécurité sociale

signé

Thomas FATOME

La Directrice générale de la cohésion sociale

signé

Sabine FOURCADE

Le Préfet,
Directeur de l'administration pénitentiaire

signé

Henri MASSE

Le Directeur de la protection judiciaire
de la jeunesse

signé

Jean-Louis DAUMAS

PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

La première version de ce guide éditée en décembre 1994 avait pour objectif d'accompagner la mise en place de la réforme relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

Une seconde version a été publiée en janvier 2005 prenant en compte dix ans d'évolution sanitaire et pénitentiaire.

Cette troisième version tient compte des dernières dispositions législatives et réglementaires et des travaux conduits sur différentes thématiques notamment celles portant sur **l'organisation des soins en santé mentale, les addictions, les auteurs d'infractions à caractère sexuel, la prévention du suicide.**

- La première partie traite de **l'organisation des structures administratives et de gestion concourant au suivi de ces prises en charge.**
- La deuxième partie est consacrée au **système de soins et aux modalités d'exercice des personnels soignants contribuant à celui-ci.** Quatre cahiers précisent les droits spécifiques liés à cet exercice professionnel, l'organisation du système de soins, les droits sociaux de ces personnes et les prises en charge particulières liées à cette population.
- La troisième partie est dédiée aux documents cadres auxquels tous les établissements de santé et pénitentiaires devront dorénavant se référer.
- Enfin, **des annexes** constituent la quatrième partie.

**CETTE TROISIÈME VERSION S'INSCRIT DANS UNE VOLONTÉ
D'AMÉLIORATION DE CETTE POLITIQUE DE SANTÉ.**

www.social-sante.gouv.fr
www.justice.gouv.fr

Rédaction : ministère de la Santé-ministère de la Justice • Création et mise en page : Ipsogrey Paris • Éditions Dicom n° 12 101 • Diffusion S12 080 • Octobre 2012

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

PRISE EN CHARGE SANITAIRE
DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

En application du Code de la propriété intellectuelle toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard, que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© Ministère de la Justice, Paris, 2012
© Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris, 2012

ISBN : 978-2-11-129983-2

SOMMAIRE

INTRODUCTION : LÉGISLATION ET RÉGLEMENTATION

#1

STRUCTURES INSTITUTIONNELLES

P. 9 > 35

- Organisation des ministères de la Santé et de la Justice
- Instances de contrôle, d'évaluation et de coordination

#2

RÉGLEMENTATION ET PROCÉDURES

P. 37 > 215

CAHIER I ► DÉONTOLOGIE ET RÉGLEMENTATION

- Droit applicable au personnel de santé
- Droit applicable au personnel de santé et de justice
- Droit applicable aux personnes détenues
- Droit applicable aux prestations pharmaceutiques et aux conditions d'hygiène hospitalière et dans les établissements pénitentiaires

CAHIER II ► ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

CAHIER III ► PROTECTION SOCIALE ET MODALITÉS FINANCIÈRES DE PRISE EN CHARGE

CAHIER IV ► PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES ET PRÉVENTION

#3

DOCUMENTS CADRES

P. 217 > 255

- Modèle de protocole cadre
- Annexes au protocole
- Modèle de convention entre l'établissement de santé assurant les soins somatiques et celui assurant les soins psychiatriques
- Modèle de convention relative à la protection sociale
- Repères utiles pour la prise en charge de la santé des personnes mineures détenues

#4

ANNEXES

P. 257 > 365

- Annexes de la partie I
- Annexes de la partie II
- Annexes générales

PRÉAMBULE

Depuis vingt ans, les modalités de prise en charge de la santé des personnes détenues ont connu des évolutions profondes et majeures. La réforme du système de soins en milieu pénitentiaire, initiée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, a confié au service public hospitalier l'ensemble de ces prises en charge.

Les personnes sous main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale : en cela, la loi de 1994 représentait une avancée de santé publique et un progrès considérable pour les droits d'une population particulière. Le principe a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Cependant, la prise en charge de cette population et son amélioration nécessitent non seulement la prise en compte de leur situation sanitaire particulière mais également la nécessité d'intégrer le contexte du monde carcéral et ses contraintes.

Ces deux cultures dont la diversité doit être reconnue se côtoient au quotidien. Les acteurs de ces services publics se doivent de travailler ensemble dans le respect de leurs missions spécifiques mais en recherchant un objectif commun : l'amélioration de la santé de la personne détenue. L'approche pluridisciplinaire dans le respect mutuel est, par là-même, une nécessité.

Le présent guide relatif à *La prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice* constitue la troisième édition de celui initialement publié fin 1994. Il tient compte des nouvelles et nombreuses dispositions législatives et réglementaires intervenues depuis ces dix dernières années. Cette actualisation est particulièrement attendue par tous les professionnels de terrain.

Rédigé sous forme de fiches synthétiques, le guide a vocation à répondre aux questionnements des professionnels sur l'ensemble des domaines qui constituent la prise en charge sanitaire et sociale des personnes sous main de justice. Il fournit des orientations à propos des règles spécifiques liées à l'environnement du monde carcéral et traite également des modalités de prise en charge de la santé de cette population.

La mise en œuvre de ces recommandations repose sur l'engagement et les compétences des personnels tant soignants que pénitentiaires. Seule une action régulière, accomplie au plus près des personnes détenues, constitue un gage de réussite.

Le présent guide se veut un document de référence destiné à tous les acteurs contribuant, de près comme de loin, à ces missions.

Il constitue un document complet - au demeurant perfectible -, qui doit nourrir la réflexion et l'action au quotidien des différents acteurs de terrain.

La refonte - inscrite dans ce guide - du protocole cadre liant les établissements de santé et pénitentiaires devra amener à une révision des actuelles conventions dans l'année suivant cette publication.

L'harmonisation du fonctionnement de ces structures constitue en effet une priorité.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les auteurs de la troisième édition de ce guide. Nous savons pouvoir compter sur votre compréhension et votre détermination pour atteindre ensemble les objectifs fixés.

INTRODUCTION

LÉGISLATION ET RÉGLEMENTATION

LOI N° 94-43 DU 18 JANVIER 1994 RELATIVE À LA SANTÉ PUBLIQUE ET À LA PROTECTION SOCIALE

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère de la Santé.

Cette loi a notamment fixé trois principes fondamentaux :

- l'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'assurance maladie. À ce titre, elles bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général ;
- la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de référence ;
- le versement par le ministère de la Justice des cotisations sociales de ces personnes à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, À LA SANTÉ ET AUX TERRITOIRES (HPST)

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JO du 22 juillet 2009) comporte quatre titres :

- Titre 1 : La modernisation des établissements de santé
- Titre 2 : L'accès de tous à des soins de qualité
- Titre 3 : Prévention et santé publique
- Titre 4 : Organisation territoriale du système de santé

Les enjeux de la réforme sont majeurs :

- mieux coordonner les actions des établissements de santé pour répondre aux besoins de la population ;
- répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire ;
- développer une politique de prévention et de santé publique ;
- définir les missions et moyens des agences régionales de santé (ARS).

Cette loi précise notamment que l'organisation de ces soins rentre bien dans les compétences des missions des agences régionales de santé (article L. 1431-1 du CSP), les objectifs et les moyens dédiés étant fixés par le schéma régional d'organisation des soins (article L. 1434-9 du CSP) en articulation avec le projet régional de santé.

LOI N° 2002-1138 DU 9 SEPTEMBRE 2002 D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION POUR LA JUSTICE

La population pénale se caractérisant par une prévalence accrue des troubles mentaux et la proportion des personnes détenues atteintes augmentant, la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, en son article 48, a apporté d'importantes modifications au Code de la santé publique dans le but d'améliorer les conditions d'accès aux soins pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

Ces dispositions excluent la possibilité d'hospitalisation à temps complet au sein d'un établissement pénitentiaire. Les hospitalisations doivent désormais être réalisées en milieu hospitalier et principalement effectuées dans des unités hospitalières spécifiquement aménagées pour recevoir des personnes détenues (UHSA).

Ces unités sont créées dans l'objectif de recevoir les personnes détenues hospitalisées avec ou sans leur consentement, pour une durée indéterminée notamment lorsqu'elles ne relèvent pas d'une prise en charge dans une unité pour malades difficiles. Le décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 pris pour l'application de ces dispositions de la loi d'orientation et de programmation pour la justice définit les modalités de garde, d'escorte et de transport au sein des UHSA.

En l'absence d'UHSA ouverte dans le ressort territorial, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un établissement de santé habilité.

La loi opère également, pour les personnes détenues, la fusion des régimes d'hospitalisation sous contrainte (hospitalisation d'office et hospitalisation à la demande d'un tiers) en un régime unique fondé sur la nécessité des soins.

Par cette loi, le législateur a notamment voulu renforcer l'action éducative auprès des mineurs détenus, d'une part en inscrivant l'intervention continue des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) au sein des quartiers mineurs, et d'autre part en créant des nouveaux établissements pénitentiaires entièrement voués à l'accueil de ces publics (EPM).

LOI N° 2009-1436 DU 24 NOVEMBRE 2009 PÉNITENTIAIRE

Plusieurs facteurs justifiaient l'adoption de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire : le contexte international (la résolution du 17 décembre 1998 du Parlement européen invitant les États à élaborer une loi fondamentale sur les établissements pénitentiaires, les "*règles minima*" des Nations unies, les règles pénitentiaires européennes), le contexte juridique interne (les normes régissant la détention étaient majoritairement réglementaires) et le contexte médiatique et politique.

Cette loi, texte d'envergure relatif au service public pénitentiaire, comporte plusieurs grandes orientations :
- les missions du service public pénitentiaire assurées par l'administration pénitentiaire avec le concours des autres services de l'État, des collectivités territoriales et des associations, sont clarifiées ;

- la prévention de la récidive est renforcée avec le développement des mesures en milieu ouvert et des aménagements des peines ;
- la condition juridique de la personne détenue est reconnue et le bénéfice de ses droits, notamment civiques, sociaux, religieux, familiaux et professionnels est rappelé et limité aux seules contraintes inhérentes à la détention ;
- les principes généraux relatifs aux régimes de détention sont élevés au niveau législatif (répartition des personnes condamnées, régime disciplinaire, isolement, règlements intérieurs, encellulement individuel, etc.) ;
- les personnels pénitentiaires bénéficient d'une meilleure reconnaissance par une valorisation de leurs fonctions, un renforcement de leur autorité et de leur protection ainsi que par la création d'un code de déontologie et d'une prestation de serment.

Ce texte conforte la spécificité de la prise en charge des mineurs détenus en garantissant le respect des droits fondamentaux reconnus à l'enfant et en consacrant l'obligation d'activité à caractère éducatif pour les mineurs qui ne sont pas soumis à l'obligation scolaire. Par voie de décret, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) assure la mise en œuvre des activités socio-éducatives.

Concernant la santé, la loi pénitentiaire garantit aux personnes détenues un accès à la prévention et à l'éducation sanitaires, une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

Elle réaffirme le droit des personnes détenues au secret médical, au secret de la consultation, et octroie également le droit à un bilan relatif aux produits stupéfiants, d'alcool et de tabac, à une visite médicale précédant la libération, à un aidant si elle souffre d'un handicap et le droit de s'entretenir, hors la présence du personnel pénitentiaire, avec les personnes de confiance, les personnes majeures accompagnant les personnes mineures ou les bénévoles intervenant auprès des malades en fin de vie.

Par ailleurs, la loi pénitentiaire prévoit de prendre en compte l'état psychologique des personnes détenues tout au long de leur détention ainsi que des spécificités liées aux femmes et aux mineurs.

A series of overlapping circles in various shades of teal and light green are positioned along the right edge of the slide, extending from the top teal section into the bottom light green section.

#1

STRUCTURES INSTITUTIONNELLES

- Organisation des ministères de la Santé et de la Justice
- Instances de contrôle, d'évaluation et de coordination

ORGANISATION DES MINISTÈRES DE LA SANTÉ ET DE LA JUSTICE

P. 11 > 20

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

I - NIVEAU NATIONAL

A. RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a été créée par décret du 15 mars 2010 se substituant à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

La création de cette direction générale d'administration centrale s'inscrit pleinement dans la nouvelle gouvernance du système de santé, qu'illustre également la création des agences régionales de santé (ARS). Elle traduit la volonté affirmée d'avoir une approche globale de l'offre de soins, intégrant aussi bien la ville que l'hôpital, en complémentarité avec les autres directions d'administration centrale compétentes en matière de politique de santé.

La DGOS répond à trois objectifs forts :

- promouvoir une approche globale de l'offre de soins ;
- assurer une réponse adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers ;
- garantir l'efficacité et la qualité des structures de soins.

B. RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (DGS)

La Direction générale de la santé prépare la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique et contribue à sa mise en œuvre, en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la Santé et des autres départements ministériels compétents, ainsi qu'avec l'appui des établissements ou organismes qui en dépendent.

Les grandes missions confiées à la DGS sont :

- l'observation de l'état de santé des populations, la fréquence des maladies et des accidents, l'analyse de leurs causes, l'étude des facteurs favorables ou défavorables à la santé ;
- la surveillance de l'apparition et l'évolution des maladies liées aux milieux, à l'alimentation ou aux techniques de soins ;
- l'anticipation des actions nécessaires à moyen terme pour améliorer la santé des populations et des personnes ;
- l'information du public et des professionnels de la santé sur les risques pour la santé de certains comportements et sur les conduites à privilégier ;
- l'évaluation des actions de santé publique.

C. RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (DSS)

La Direction de la sécurité sociale (DSS) assure la tutelle des organismes de sécurité sociale, tant les caisses du régime général, que celles du régime de base des professions indépendantes autres qu'agricoles, ou celles des régimes spéciaux. Elle participe également à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de la mutualité.

Elle conçoit les politiques relatives à la sécurité sociale, et assure leur mise en œuvre. Sa mission générale est d'assurer l'adéquation des prestations de sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l'équilibre financier des ressources.

À ce titre elle élabore et met en œuvre les politiques relatives à la couverture des risques vieillesse, maladie, famille et accident du travail.

D. RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE (DGCS)

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a été créée par décret en date du 25 janvier 2010. Elle résulte de la fusion entre la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et le Service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE), la Délégation interministérielle à la famille (DIF), la Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale (DIIESES). Les personnels mis à disposition de l'ancien délégué interministériel aux personnes handicapées (DIPH) rejoignent également la DGCS.

La Direction générale de la cohésion sociale est chargée de la conception, du pilotage et de l'évaluation des politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité favorisant la cohésion sociale.

Elle conçoit, anime et coordonne la mise en œuvre des politiques de prévention, de lutte contre les exclusions, d'inclusion sociale et d'insertion des personnes en situation de précarité. À ce titre, elle est chargée de l'élaboration du plan national d'action pour l'inclusion et du document de politique transversale « *Inclusion sociale* ».

La DGCS anime l'action des pouvoirs publics en matière de politiques de solidarité, de développement social et de formation de l'égalité, en particulier sur :

- la politique familiale ;
 - l'autonomie des personnes handicapées et personnes âgées ;
 - l'égalité entre les femmes et les hommes et la promotion des droits des femmes ;
 - la prévention et la lutte contre les exclusions sociales et l'insertion des personnes en situation de précarité.
- Dans le cadre de la santé des personnes détenues, un partenariat entre l'ARS et la DGCS vise à améliorer la continuité de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes en situation de grande précarité.

E. RÔLE ET MISSIONS DE L'INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (Inpes)

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il est placé sous la tutelle du ministre en charge de la Santé. Il est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

Ses missions décrites à l'article L. 1417-1 du Code de la santé publique sont :

- de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L. 1411-6 ;
- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- de participer, à la demande du ministre chargé de la Santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;
- d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

F. RÔLE ET MISSIONS DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS)

Établissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'Institut de veille sanitaire (INVS) réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique. Créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'INVS a vu ses missions complétées et renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, afin de répondre aux nouveaux défis révélés par les crises sanitaires récentes et les risques émergents.

Les missions confiées à l'INVS recouvrent :

- la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population ;
- la veille et la vigilance sanitaires ;
- l'alerte sanitaire ;
- une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire.

L'INVS participe, dans le cadre de ses missions, à l'action européenne et internationale de la France, notamment à des réseaux internationaux de santé publique dédiés à la surveillance et à l'alerte sanitaires.

II - NIVEAU RÉGIONAL

A. RÔLE ET MISSIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

La création des agences régionales de santé résulte de la loi du 21 juillet 2009. Elles ont été mises en place le 1^{er} avril 2010 par décret n° 2010-336 du 31 mars 2010.

Elles découlent de la fusion des agences régionales d'hospitalisation (ARH), des pôles santé des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) mais également de certains organismes de sécurité sociale et notamment les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) reprenant tout ou partie de leurs attributions.

Les ARS sont chargées d'adapter la politique de santé publique aux problématiques spécifiques des régions dans les secteurs de la médecine de ville, de l'hôpital et du médico-social. Les ARS doivent orchestrer l'offre

de soins en régulant, en orientant et en organisant les services de santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux.

Elles doivent placer la prévention au cœur du système de santé. À ce titre, elles ont également en charge la promotion et l'éducation à la santé dans son organisation et son financement, mais aussi la préparation et la gestion des crises sanitaires. En associant les représentants des usagers, les élus locaux et les professionnels de santé, elles ont un rôle d'ancrage territorial fort et contribuent à promouvoir la démocratie sanitaire. De plus, elles renforcent le droit à la santé pour tous en rapprochant les décisions des citoyens en région.

B. RÔLE ET MISSIONS DES DIRECTIONS RÉGIONALES DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE (DRJSCS)

Les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) sont des services déconcentrés régionaux. Elles sont mises à disposition en tant que de besoin des ministres chargés de la lutte contre la précarité et l'exclusion, de l'immigration, de l'intégration et de la santé (décret n° 2009-1540 du 10 décembre).

Sur son territoire, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale « assure le pilotage et la coordination des politiques sociales, sportives, de jeunesse, de vie associative et d'éducation populaire et leur mise en œuvre ».

- Les politiques sociales portent, notamment, sur la prévention et la lutte contre les exclusions, la protection des personnes vulnérables, l'accès à l'hébergement de ces dernières, l'intégration sociale des personnes handicapées, les actions sociales de la politique de la ville, la prévention et la lutte contre les discriminations, la promotion de l'égalité des chances, la formation et la certification dans le domaine des professions sociales, et la certification dans le domaine des professions de santé non médicales.
- Les politiques de jeunesse, de vie associative et d'éducation populaire portent, notamment, sur l'information de la jeunesse, son intégration et son engagement dans la société, le développement de son autonomie, sa mobilité internationale.

Elles portent, également, sur la qualité éducative des loisirs collectifs des enfants et des jeunes et la sécurité des usagers accueillis dans les accueils collectifs de mineurs, la formation et la certification dans le domaine de l'animation, la promotion de l'éducation populaire aux différents âges de la vie, le développement de la vie associative, la formation et la reconnaissance des bénévoles et la promotion du volontariat.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

I - NIVEAU NATIONAL

A. RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE (DAP)

La Direction de l'administration pénitentiaire est chargée d'une double mission : une mission de sécurité publique en assurant le maintien en détention des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire et une mission de prévention de la récidive en préparant la population pénale à sa sortie et en assurant le suivi des mesures et peines exécutées en milieu libre. Elle pourvoit aux équipements nécessaires à la prise en charge de la population pénale.

B. RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE (DPJJ)

La Direction de la protection judiciaire de la jeunesse est chargée, dans le cadre de la compétence du ministère de la Justice, de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre.

Elle assure également, par les services du secteur public et par les services habilités du secteur associatif, la mise en œuvre des décisions judiciaires concernant les mineurs.

Le champ d'action de la DPJJ s'étend donc de la conception des normes et des cadres méthodologiques et d'organisation, à leur mise en œuvre et à leur évaluation qualitative.

C. RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES (DACG)

La Direction des affaires criminelles et des grâces élabore les projets de réforme législative et réglementaire en matière de droit pénal et de procédure pénale. Sous l'autorité du garde des Sceaux, elle définit les politiques pénales, anime et coordonne l'exercice de l'action publique. Elle est chargée de l'instruction des recours en grâce adressés au président de la République.

II - NIVEAU INTERRÉGIONAL, RÉGIONAL ET DÉPARTEMENTAL

A. RÔLE ET MISSIONS DES DIRECTIONS INTERRÉGIONALES DES SERVICES PÉNITENTIAIRES (DISP)

Services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, les directions interrégionales des services pénitentiaires ont compétence sur une ou plusieurs régions administratives et ont une mission d'administration, de gestion et de contrôle des services pénitentiaires de la région.

Le décret du 27 janvier 1965 « *modifiant les circonscriptions des directions régionales des services pénitentiaires en métropoles* » divise en neuf régions pénitentiaires le territoire métropolitain. Le siège des DISP est respectivement situé à Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Strasbourg et Toulouse. Il existe de plus une mission d'outre-mer (MOM) dont la compétence géographique s'étend sur les départements et territoires d'outre-mer (carte jointe en annexe B).

Le directeur interrégional, interlocuteur unique de l'administration centrale dans la région, est chargé de mettre en œuvre la politique nationale définie par la Direction de l'administration pénitentiaire et de l'adapter aux spécificités de sa région.

Il assure les relations externes de la direction interrégionale, notamment avec les préfets pour les questions touchant à la sécurité des établissements pénitentiaires et à leur situation territoriale et avec les procureurs généraux pour les questions relatives à l'exécution des décisions judiciaires.

Il exerce l'autorité et le contrôle sur l'ensemble des activités des services et établissements de la région pénitentiaire. À ce titre, les chefs d'établissement et les directeurs des services d'insertion et de probation lui sont hiérarchiquement rattachés.

B. RÔLE ET MISSIONS DES SERVICES PÉNITENTIAIRES D'INSERTION ET DE PROBATION (SPIP)

Organes déconcentrés de l'administration pénitentiaire au niveau départemental, ils sont placés sous l'autorité de directeurs et regroupent l'ensemble des travailleurs sociaux et moyens nécessaires à l'exercice de leur mission dans chaque département. Ils agissent en milieu ouvert ou en milieu fermé. Les SPIP participent à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les personnes détenues, aident à préparer leur réinsertion sociale et favorisent le maintien des liens sociaux et familiaux. Ils concourent à l'individualisation des peines privatives de liberté et à la préparation des décisions de justice à caractère pénal. Ils assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous main de justice qui leur sont confiées par les autorités judiciaires.

C. RÔLE ET MISSIONS DES SERVICES DÉCONCENTRÉS DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE : LES DIRECTIONS INTERRÉGIONALES (DIRPJJ) ET LES DIRECTIONS TERRITORIALES (DTPJJ)

Les services déconcentrés relèvent directement de l'administration centrale de la DPJJ. Le décret n° 2010-214 du 2 mars 2010 les organise en deux niveaux hiérarchisés : interrégional et territorial.

Les DIRPJJ (au nombre de neuf) ont compétence sur plusieurs régions administratives (arrêté du 17 mars 2010 fixant le ressort territorial des directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse), en métropole et outre-mer.

Les DTPJJ ont compétence sur un ou plusieurs départements.

Le niveau interrégional concentre les actions d'administration, de gestion et d'audit. Il est chargé de la déclinaison des orientations nationales en objectifs stratégiques. Le niveau territorial est, quant à lui, dédié au pilotage de l'action éducative des structures de prise en charge et au déploiement des politiques institutionnelles au sein des politiques publiques, du dispositif de protection de l'enfance et de la justice des mineurs.

III - NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

A. DÉFINITION

L'établissement pénitentiaire, lieu d'exécution de la peine privative de liberté ou de la détention provisoire, se définit juridiquement par l'existence, en son sein, d'un greffe judiciaire. La formalité juridique essentielle et préalable à toute détention est l'acte d'écrou par lequel le chef d'établissement constate la légalité de l'incarcération de la personne concernée. Au plan administratif, le greffe judiciaire constitue l'élément fondateur de la notion d'établissement pénitentiaire (décret n° 79-534 du 3 juillet 1979).

B. TYPES D'ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Les établissements pénitentiaires sont classés en trois grandes catégories : les maisons d'arrêt, les établissements pour peine et les établissements habilités à l'accueil des personnes mineures.

a. Les maisons d'arrêt

Les maisons d'arrêt sont, en principe, un lieu de détention provisoire. Cependant, les personnes condamnées à l'emprisonnement d'une durée inférieure ou égale à deux ans, celles dont le reliquat de peine est inférieur à un an, ainsi que celles en attente d'affectation dans un établissement pour peine, peuvent, à titre exceptionnel, y être maintenues lorsque des conditions tenant à la préparation de leur libération, leur situation familiale ou leur personnalité le justifient.

b. Les établissements pour peine

Les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées reçoivent les personnes condamnées définitives à une peine privative de liberté.

- Les maisons centrales comportent une organisation et un régime de sécurité renforcé dont les modalités internes permettent également de préserver et de développer les possibilités de réinsertion sociale des personnes condamnées. Y sont affectées les personnes condamnées à une longue peine, les multirécidivistes, les personnes détenues réputées dangereuses ou celles pour lesquels le pronostic de réadaptation sociale est peu favorable.

- Les centres de détention comportent un régime principalement orienté vers la réinsertion sociale des personnes condamnées et, le cas échéant, la préparation à la sortie des personnes condamnées. Ils reçoivent les personnes condamnées primaires, celles dont les chances de réinsertion sont les plus élevées et les personnes condamnées en fin de peine.
- Les centres de semi-liberté et quartiers de semi-liberté ainsi que les centres pour peines aménagées et les quartiers pour peines aménagées reçoivent les personnes condamnées faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté et celles faisant l'objet d'une mesure de placement à l'extérieur.

Disposant d'un greffe judiciaire unique, les établissements pénitentiaires qui comportent différentes unités de détention citées ci-dessus sont désignés sous le vocable de centres pénitentiaires. Ces établissements mixtes comprennent des quartiers distincts (quartier maison d'arrêt et quartier maison centrale ou centre de détention par exemple).

c. Les établissements habilités à l'accueil des personnes mineures

La détention des mineurs répond à une double spécificité par dérogation aux règles de détention des majeurs :
- spécialisation des lieux de détention et de l'encadrement ;
- diversification des intervenants en détention, dont les agents de la protection judiciaire de la jeunesse.

La spécialisation des lieux de détention se traduit par le fait qu'un mineur, qu'il soit prévenu ou personne condamnée, ne peut être incarcéré qu'au sein d'un quartier pour mineurs d'une maison d'arrêt ou d'un établissement pénitentiaire, ou, depuis 2007, au sein d'un établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM).

Les lieux de détention pour mineurs sont expressément visés à l'article 11 de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante lorsque l'incarcération résulte d'un placement en détention provisoire. Ils sont désignés par l'article 20-2 de l'ordonnance précitée lorsque la privation de liberté est la conséquence d'une condamnation pénale.

INSTANCES DE CONTRÔLE, D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION

P. 21 > 35

INSTANCES DE CONTRÔLE ADMINISTRATIVES

I - NIVEAU NATIONAL

A. RÔLE ET MISSIONS DE L'INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (Igas)

L'Inspection générale des affaires sociales assure une mission de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques de la sécurité sociale et de la prévoyance sociale, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (loi n° 96-452 du 28 mai 1996). Ainsi, aux termes de l'article D. 348-1 du Code de procédure pénale, « *L'Inspection générale des affaires sociales et les services de l'agence régionale de santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des personnes détenues et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires* ».

Par ailleurs, le chef de l'Igas figure parmi les autorités administratives ou judiciaires avec lesquelles les personnes détenues peuvent correspondre sous pli fermé (article D. 262 du Code de procédure pénale).

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

B. RÔLE ET MISSIONS DE L'INSPECTION GÉNÉRALE DES SERVICES JUDICAIRES (IGSJ)

Créée en 1964, l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), régie par l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au statut de la magistrature, le décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 et le décret n° 2010-1668 du 29 décembre 2010 modifié, exerce, en la personne de l'inspecteur général, haut magistrat placé auprès du garde des Sceaux, une mission permanente d'inspection des juridictions de l'ordre judiciaire du 1^{er} et du 2nd degré, et de l'ensemble des services et des organismes relevant du ministère de la Justice.

L'Inspection générale coordonne l'activité d'inspection de l'ensemble du ministère, tant celle exercée par les chefs de cour sur les juridictions de leur ressort que celle de l'inspection des services pénitentiaires et de l'inspection de la protection judiciaire de la jeunesse, toutes deux placées sous l'autorité d'un inspecteur général adjoint.

L'IGSJ réalise également des enquêtes thématiques, fréquemment conduites aux côtés d'autres inspections ou corps de contrôle, et procède à des missions d'audit de l'organisation comptable des services relevant du ministère, en lien notamment avec la mission de certification des comptes de l'État par la Cour des comptes.

C. RÔLE ET MISSIONS DE L'INSPECTION DES SERVICES PÉNITENTIAIRES (ISP)

Créée en 1962, l'Inspection des services pénitentiaires est régie par l'arrêté du 29 décembre 2010 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2008 fixant l'organisation en sous-directions de la Direction de l'administration pénitentiaire. Placée sous l'autorité d'un magistrat, inspecteur général adjoint des services judiciaires désigné à cet effet par arrêté du garde des Sceaux, elle est rattachée au directeur de l'administration pénitentiaire. L'Inspection des services pénitentiaires est chargée de contrôler les services de l'administration pénitentiaire et l'école nationale d'administration pénitentiaire. À cet effet, elle procède à des visites, enquêtes et contrôles, veille à l'observation des textes législatifs et réglementaires en vigueur, formule tous conseils et donne toutes instructions. Son programme annuel d'actions, soumis à l'approbation du garde des Sceaux, est élaboré conjointement par le directeur de l'administration pénitentiaire et l'inspecteur général des services judiciaires qui veille notamment à en assurer la cohérence avec le programme de l'inspection générale. Dans le cadre du pouvoir de coordination qui lui est dévolu, l'inspecteur général des services judiciaires veille à la validité et à la cohérence des règles déontologiques appliquées par l'Inspection des services pénitentiaires.

Elle assure également une mission de conseil technique auprès du directeur de l'administration pénitentiaire et effectue les missions et études qu'il lui confie. Dans ce cadre, elle assure la liaison avec les services d'inspections dépendant des autres administrations.

L'Inspection des services pénitentiaires peut être requise par le garde des Sceaux ou par l'inspecteur général des services judiciaires pour assister ce dernier dans l'exécution de ses missions.

D. RÔLE ET MISSIONS DE L'INSPECTION DES SERVICES DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE (ISPJJ)

L'ISPJJ est rattachée au directeur de la protection judiciaire de la jeunesse. Elle « *assure, par inspections et audits, le contrôle des structures quel qu'en soit le statut relevant de la protection judiciaire de la jeunesse, en matière administrative, pédagogique et financière. Elle peut conduire ou participer à des missions d'évaluation. Elle assure le secrétariat de la commission de suivi des contrôles constituée au sein de la direction. Elle conseille les directions territoriales dans l'exercice de leur propre fonction de contrôle* »¹.

Comme l'ISP, elle est placée, en vertu des dispositions du décret du 29 décembre 2010, sous l'autorité d'un inspecteur général adjoint des services judiciaires désigné par le garde des Sceaux. Elle comprend, au 1^{er} janvier 2011, trois inspecteurs issus du corps des directeurs.

Elle intervient, sauf situation d'urgence liée à un événement particulier et/ou un dysfonctionnement grave repéré dans un établissement ou service, dans le cadre de la programmation annuelle élaborée conjointement par l'inspecteur général et le directeur de la protection judiciaire de la jeunesse.

II - NIVEAU RÉGIONAL : LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Les inspecteurs et contrôleurs des agences régionales de santé contrôlent, pour tout le champ de compétence de cette agence, l'application des dispositions du Code de la santé publique et, sauf dispositions spéciales contraires, des autres dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé publique (art. L. 1421-1 du CSP).

¹ Article 7 de l'arrêté JUSG0816356A du 9 juillet 2008.

Le directeur général de l'agence régionale de santé précise aux inspecteurs et contrôleurs qu'il désigne la nature des missions susceptibles de leur être confiées (art. R. 1435-10 du CSP).

Les missions d'inspection, d'évaluation et de contrôle par les ARS, interviennent, sauf situation d'urgence liée à un événement particulier, dans le cadre du programme annuel.

INSTANCES D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION

I - NIVEAU NATIONAL : LE COMITÉ INTERMINISTÉRIEL

Le décret n° 2011-1471 du 8 novembre 2011 relatif au comité interministériel de coordination de la santé modifie les articles D. 348-2 et suivants du Code de procédure pénale.

Celui-ci concerne les personnes placées sous main de justice ou confiées par l'autorité judiciaire au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

Sont membres du comité interministériel, les directeurs d'administration centrale du ministère de la Justice (DAP, DPJJ, DACG) et du ministère chargé de la Santé (DGS, DGOS, DGCS, DSS).

Il se réunit au minimum deux fois par an. Il est présidé alternativement par le garde des Sceaux ou son représentant et le ministre chargé de la Santé ou son représentant.

Le comité interministériel est chargé d'examiner :

- toute question d'ordre général se rapportant à la prévention, à l'organisation des soins, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale ainsi qu'à la protection sociale des personnes majeures et mineures placées sous main de justice ou confiées par l'autorité judiciaire au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;
- les conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires.

Il veille à la mise en œuvre des orientations fixées dans ces domaines, au sein des établissements pénitentiaires et des services et établissements de la protection judiciaire de la jeunesse.

Il assure la concertation, à l'échelon national, entre les services des ministères compétents et concourt à l'évaluation du dispositif de soins et de prévention. Les présidents peuvent entendre selon l'ordre du jour toute personne qualifiée par sa compétence ou en raison de ses fonctions.

II - NIVEAU RÉGIONAL : LA COMMISSION RÉGIONALE SANTÉ-JUSTICE (INSTRUCTION AUX DG D'ARS DU 23/12/2010 VISA CNP 2010-313)

La commission régionale santé-justice, se réunissant au moins une fois par an, est chargée d'examiner :

- toute question d'ordre général se rapportant à la protection sociale, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes majeures et mineures placées sous main de justice ;
- tout sujet se rapportant aux prises en charge sanitaires en amont et en aval de l'incarcération en lien avec les procédures judiciaires ;
- toute question d'ordre général se rapportant à la protection et à l'amélioration de la santé des mineurs sous protection judiciaire.

Elle veille à la mise en œuvre des orientations fixées par le comité interministériel ou le niveau national dans les domaines de la prise en charge sanitaire et sociale de ces personnes. Elle s'assure de la coordination et de la bonne information des services et des partenaires compétents.

Sont membres de droits : le directeur général de l'agence régionale de santé qui préside cette commission, le préfet de région, le chef de cours d'appel, les procureurs généraux, le directeur interrégional des services pénitentiaires de l'interrégion de rattachement et le directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse. Selon l'ordre du jour, peut être associée toute personne ou toute structure qualifiée par sa compétence ou en raison de ses fonctions.

III - NIVEAU LOCAL

A. RÔLE ET MISSIONS DU CONSEIL D'ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Le conseil d'évaluation remplace la commission de surveillance depuis le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010. Institué auprès de chaque établissement pénitentiaire, il est chargé d'évaluer les conditions de fonctionnement de l'établissement et de proposer, le cas échéant, toutes mesures de nature à les améliorer. Sa composition, précisée par l'article D. 234 du CPP, comprend notamment un représentant de l'agence régionale de santé. Il est présidé par le préfet du département dans lequel est situé l'établissement pénitentiaire. Il appartient à ce conseil de communiquer au ministre de la Justice les observations, critiques ou suggestions qu'il estime nécessaire. Le conseil est destinataire du rapport annuel d'activité de l'établissement établi par le chef d'établissement et le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation, du règlement intérieur de l'établissement et de chacune de ses modifications, des rapports établis à l'issue des contrôles spécialisés effectués par les administrations compétentes en matière, notamment, de santé, d'hygiène, de sécurité du travail, d'enseignement et de consommation [article D. 237 du CPP].

Le ou les directeurs des établissements sanitaires concernés ainsi que les responsables des équipes chargées des prises en charge somatique et psychiatrique doivent être informés par le chef de l'établissement pénitentiaire de la date à laquelle le conseil d'évaluation se réunit. Le conseil d'évaluation peut demander à ce que ceux-ci soient entendus [art. D. 236 du CPP].

B. RÔLE ET MISSIONS DU COMITÉ DE COORDINATION

Le comité de coordination est un organe de concertation établi entre le ou les établissements de santé concernés et l'établissement pénitentiaire. Sa mission porte notamment sur les conditions d'application du protocole [article R. 6112-23, 10° du CSP]. Il est présidé par le directeur général de l'ARS ou son représentant.

Participent à ce comité, outre les signataires du protocole ou leurs représentants, le chef de service de rattachement et le médecin responsable de l'unité sanitaire, le chef de service du SMPR ou le chef de service et le psychiatre du secteur en charge des soins psychiatriques dans l'établissement pénitentiaire, le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation et le directeur territorial de la PJJ.

La composition de chaque comité est précisée dans le protocole signé entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le(s) directeur(s) des établissements de santé et le chef d'établissement pénitentiaire.

Il est convoqué au moins une fois par an à l'initiative de son président pour la présentation du rapport annuel d'activité par l'établissement de santé. Il peut être convoqué pour régler des difficultés ponctuelles.

C. RÔLE ET MISSIONS DE LA COMMISSION PLURIDISCIPLINAIRE UNIQUE (CPU)

Le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 a institué auprès du chef de chaque établissement pénitentiaire, pour une durée de cinq ans, une commission pluridisciplinaire unique.

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

Assistent également, avec voix consultative, aux réunions de la commission, sur convocation du chef d'établissement établie en fonction de l'ordre du jour : le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, un membre du service de protection judiciaire de la jeunesse, un représentant des équipes soignantes de l'unité de consultations et de soins ambulatoires ou du service médico-psychologique régional désigné par l'établissement de santé de rattachement.

La liste des membres de la commission pluridisciplinaire unique et des personnes susceptibles d'assister à ces réunions est arrêtée par le chef d'établissement.

Les membres de la commission et les personnes entendues par elle sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont connaissance dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

La commission pluridisciplinaire unique se réunit au moins une fois par mois pour examiner les parcours d'exécution de la peine.

Pour en savoir plus :

Circulaire interministérielle n°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D.90 du Code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même Code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Lien de téléchargement : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf

D. RÔLE ET MISSIONS DE LA RÉUNION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS

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

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

E. RÔLE ET MISSIONS DE LA COMMISSION SANTÉ

Au-delà de la communication informelle établie au quotidien entre les personnels soignants et les personnels pénitentiaires, une commission santé est mise en place dans chaque établissement pénitentiaire à l'initiative du médecin coordonnateur en lien avec le chef de l'établissement pénitentiaire.

Elle est composée de représentants des équipes soignantes (somatiques et psychiatriques) et des services pénitentiaires. Dans les établissements accueillant des mineurs, la commission santé associe également les services éducatifs de la PJJ et de l'Éducation nationale.

Elle élabore les procédures et les outils formalisés visant à la coordination et à l'information réciproque des équipes et des services précités. Elle n'a pas compétence pour traiter des cas individuels, en revanche son activité doit permettre l'information des différents professionnels sur leurs compétences et leurs limites d'intervention.

Elle doit favoriser la mobilisation des services sur la prévention du suicide, et les autres actions de prévention et de promotion pour la santé.

Circulaire interministérielle n°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D. 90 du Code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même Code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Pour en savoir plus :

Lien de téléchargement : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf

F. RÔLE ET MISSIONS DE LA COMMISSION DE SUIVI DES UNITÉS HOSPITALIÈRES SÉCURISÉES INTERRÉGIONALES (UHSI)

Une commission de coordination locale est mise en place. Elle est présidée par le directeur général de l'ARS de la région d'implantation. Elle se réunit à son initiative au moins une fois par an. Cette commission a pour mission d'examiner le fonctionnement de l'UHSI (présentation du rapport annuel d'activité). C'est un lieu privilégié d'échanges entre les différents partenaires santé et justice.

Outre le président, cette commission comprend les membres suivants :

- le directeur interrégional des services pénitentiaire (DISP) ou son représentant ;
- le directeur interrégional des services de la protection judiciaire de la jeunesse ou son représentant ;
- le directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSI ou son représentant ;
- le chef de l'établissement pénitentiaire dont relèvent les personnels pénitentiaires affectés à l'UHSI ou son représentant ;
- le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation du département d'implantation de l'UHSI ou son représentant ;
- des représentants des forces de l'ordre lorsqu'elles sont présentes à l'UHSI ;
- le responsable médical de l'UHSI ou son représentant ;
- des représentants des établissements de santé concernés (sièges d'unités sanitaires) ;
- des représentants des établissements pénitentiaires concernés.

Les membres de la commission de coordination locale peuvent être accompagnés des collaborateurs de leur choix, après accord du président. Peut également participer à cette commission toute personne invitée à l'initiative du président.

G. RÔLE ET MISSIONS DE LA COMMISSION DE SUIVI DES UNITÉS HOSPITALIÈRES SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉES (UHSA)

Une commission de coordination locale est mise en place. Elle est présidée par le préfet du département siège de l'implantation de l'UHSA et se réunit à son initiative, au moins une fois par an.

Cette commission a pour objet d'examiner le fonctionnement de l'UHSA dans les interactions entre les services hospitaliers, les services pénitentiaires, les services éducatifs de la PJJ et les missions dévolues au préfet. Dans ce cadre elle sera un lieu privilégié d'échanges entre les différents services ce qui permettra d'anticiper et de mieux répondre aux difficultés éventuelles.

Outre le président, membre de droit, cette commission comprend les personnes suivantes :

- le directeur général de l'ARS ou son représentant ;
- le directeur interrégional des services pénitentiaires ou son représentant ;
- le directeur interrégional des services de la protection judiciaire de la jeunesse ou son représentant ;
- le directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSA ou son représentant ;
- le chef de l'établissement pénitentiaire dont relèvent les personnels pénitentiaires affectés à l'UHSA ou son représentant ;
- le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation du département d'implantation de l'UHSA ou son représentant ;
- le responsable médical de l'UHSA ou son représentant ;
- des représentants des établissements de santé concernés (sièges d'unités sanitaires) ;
- des représentants des établissements pénitentiaires concernés.

Les membres de la commission de coordination locale peuvent être accompagnés des collaborateurs de leur choix, après accord du président. Peut également participer à cette commission toute personne invitée à l'initiative du président.

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES ET DÉFENSEUR DES DROITS

I - NIVEAU INTERNATIONAL : LE COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) est un organe du Conseil de l'Europe (CE) qui vise à prévenir les cas de torture et autres traitements inhumains ou dégradants dans des lieux où des individus sont retenus contre leur gré par la force publique, sur le territoire des États signataires de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, entrée en vigueur en 1989. Pour ce faire, le CPT visite les lieux de détention.

La convention donne aux membres du CPT le droit de visiter tous les lieux de détention des pays ayant signé la convention où ils peuvent y circuler librement. Au cours de la visite, les délégués s'entretiennent avec les personnes privées de liberté sans témoins. Toutefois, à l'occasion de ces visites, le respect des règles concernant le droit des personnes au secret médical doit être préservé.

Au terme de chaque visite, le CPT remet à l'État concerné un rapport confidentiel contenant les constatations de la délégation visiteuse.

II - NIVEAU NATIONAL

A. RÔLE ET MISSIONS DU CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ

Créé par la loi n° 2007- 1545 du 30 octobre 2007, le contrôleur général des lieux de privation de liberté est une autorité administrative indépendante française chargée de « *s'assurer que les droits fondamentaux des personnes privées de liberté sont respectés et de contrôler les conditions de leur prise en charge* ».

Le contrôleur général est nommé par le président de la République pour un mandat de six ans non renouvelable. Il dispose d'un champ d'action très large, couvrant l'ensemble des lieux d'enfermement de France notamment les établissements pénitentiaires.

Il choisit librement les établissements qu'il entend visiter. À l'occasion de ces visites, le respect des règles concernant le droit des personnes au secret médical doit être préservé.

Il adresse au(x) ministre(s) concerné(s) un rapport de visite et des recommandations qu'il peut rendre publiques, il propose au gouvernement toute modification des dispositions législatives et réglementaires applicables et il remet chaque année un rapport d'activité, rendu public, au président de la République et au Parlement.

B. RÔLE ET MISSIONS DU DÉFENSEUR DES DROITS

La loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011, dispose que le défenseur des droits, autorité constitutionnelle indépendante, est chargé :

« *De défendre les droits et libertés dans le cadre des relations avec les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics et les organismes investis d'une mission de service public [...];
De lutter contre les discriminations, directes ou indirectes, prohibées par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France ainsi que de promouvoir l'égalité;
De veiller au respect de la déontologie par les personnes exerçant des activités de sécurité sur le territoire de la République.* »

Le défenseur des droits peut être saisi par toute personne physique ou morale qui s'estime lésée dans ses droits par le fonctionnement d'un service public ou d'un organisme visé ci-dessus. La saisine du défenseur des droits est gratuite. Une réclamation peut également être adressée à un député, à un sénateur ou à un représentant français au Parlement européen, qui la transmet au défenseur des droits s'il estime qu'elle appelle son intervention.

Il peut se saisir d'office. Dans ce cas, il ne peut intervenir qu'à la condition que cette personne ou, le cas échéant, ses ayants droit, ait été avertie et ne se soit pas opposée à son intervention.

COORDINATION INSTITUTIONNELLE

Dans le domaine de la politique de santé en milieu pénitentiaire, la coordination institutionnelle implique plusieurs niveaux incluant le niveau de proximité (ou niveau de l'établissement) et le niveau régional (ou niveau de « *pilotage* »).

Ce principe de coordination concerne les domaines des soins somatiques et psychiatriques. Cependant, l'organisation des soins psychiatriques et la mission régionale dévolue aux SMPR, imposent pour cette discipline de préciser leur rôle à ce niveau, notamment par rapport à celui des dispositifs de soins psychiatriques des unités sanitaires.

Cette coordination concerne également les rapports avec les services de l'administration pénitentiaire et la protection judiciaire de la jeunesse, au niveau local et au niveau interrégional.

I - COORDINATION DE PROXIMITÉ

La coordination de proximité concerne le fonctionnement des unités sanitaires (UCSA/SMPR). Cette coordination vise à préciser les modalités de concertation entre les unités de soins somatiques et psychiatriques (le cas échéant incluant la pédopsychiatrie) et les directions des établissements pénitentiaires, de santé et éducatifs le cas échéant.

Le premier niveau portant sur la coordination « *fonctionnelle* » implique que les DSS et DSP des unités sanitaires adoptent un mode d'organisation leur permettant un échange d'informations permanent centré sur les patients pris en charge et leur suivi.

L'objectif est d'assurer une prise en charge globale du patient. Les principes retenus sont :

- une organisation commune de l'accueil des arrivants, avec définition des rôles de chacun, identifiable par les patients et les professionnels ;
 - un dossier patient unique (incluant différentes parties) ;
 - un projet de soins partagé pour les patients le nécessitant ;
 - des temps de coordination et de synchronisation entre soignants (adaptés aux flux et à la taille des unités sanitaires).
- Des conditions de fonctionnement adéquates (locaux, système d'information) faciliteront ce type de démarche.

Le deuxième niveau traite de l'organisation « *institutionnelle* » entre les unités sanitaires et les directions des établissements de santé, pénitentiaires et éducatifs le cas échéant.

L'objectif est de pouvoir assurer la gestion et le suivi de toutes questions relatives à l'organisation générale soit des questions matérielles, logistiques, informatiques et de suivi des données d'activité.

Les principes retenus sont :

- tous les établissements de santé concernés désignent un référent chargé de ces questions au niveau de la direction, ce directeur étant le référent pour l'unité sanitaire, la direction de l'établissement pénitentiaire et la direction du service éducatif en détention ;

- l'établissement de santé de rattachement pour les soins somatiques (dans les cas où les soins psychiatriques sont gérés par un autre établissement) est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'établissement pénitentiaire, à charge pour les directeurs des établissements de santé de se concerter préalablement ;
- dans les établissements pénitentiaires sièges de SMPR, cette responsabilité est partagée entre les deux établissements de santé de rattachement (lorsqu'ils diffèrent) ;
- un coordonnateur est désigné au sein de chaque unité sanitaire. Il est l'interlocuteur de l'administration pénitentiaire. Cette désignation est proposée par l'équipe de l'unité sanitaire (somatique et psychiatrique) et validée par les directions des établissements de santé concernés. Dans les établissements pénitentiaires sièges de SMPR, un référent est désigné à ce niveau. La coordination entre les deux référents est un impératif.

Le troisième niveau porte sur les instances d'évaluation et de coordination. L'objectif est la mise en place effective des instances présentées dans la première partie.

II - COORDINATION RÉGIONALE

Le niveau régional est le niveau cohérent pour planifier l'organisation des soins et décliner les axes de la politique définie au niveau national. C'est également à ce niveau que s'organise la coordination de l'ensemble des partenaires, incluant celle concernant les professionnels de santé mais également l'ensemble des institutions santé-justice concourant à cette politique.

A. INSTANCES DE CONCERTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : NIVEAU DE RECOURS DES SMPR

Ce niveau de recours « *régional* » concerne les soins en santé mentale du fait des missions confiées aux SMPR à ce niveau. Celui-ci s'appuie sur des textes réglementaires. L'objectif est de conforter le rôle des SMPR dans ces missions et de mettre en place un véritable réseau régional des professionnels de santé exerçant dans cette discipline.

Le rôle de coordination (inter)régionale entre SMPR et DSP des unités sanitaires intègre notamment des missions :

- de coopération avec les secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire et infanto-juvénile et d'articulation avec les UHSA. Cette mission concerne, à titre d'exemple :
 - l'évaluation de situations cliniques,
 - l'élaboration de cadres thérapeutiques, par exemple sur des populations particulières (l'harmonisation de certaines pratiques - addictologie), du contenu des prises en charge des AICS², de critères des pratiques groupales, de critères d'admission en UHSA,
 - la continuité des soins,
 - toute question permettant d'échanger leurs pratiques professionnelles voire de faire état de difficultés de fonctionnement.
- d'élaboration d'un projet d'organisation régionale des soins. Ce projet sera intégré au PSRS et décliné dans les trois schémas (SROS-PRS, SRP et SROMS) ;
- de rôle d'interface avec les autorités de tutelle ;
- de mise en place de formation au niveau régional, formation initiale (étudiants hospitaliers, internes, stages d'IFSI...) et formation continue.

² Auteurs d'infraction à caractère sexuel.

B. MODALITÉS D'ORGANISATION DE LA CONCERTATION RÉGIONALE DES INSTITUTIONS SANTÉ-JUSTICE

L'objectif est de disposer au niveau régional d'une structure de coordination, de concertation et d'échanges. Une instruction adressée aux DG leur demande la mise en place de commission régionale santé-justice³.

C. ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE AU NIVEAU RÉGIONAL

L'article 56 de la loi pénitentiaire publié le 24 novembre 2009 (modifié par une ordonnance du 13 octobre 2010) introduit un 5° à l'article 1434-9 du Code de la santé publique qui précise que les SROS-PRS doivent intégrer l'offre de soins en milieu pénitentiaire et en définir les objectifs et les moyens.

III - COORDINATION INTERRÉGIONALE

L'organisation territoriale, à un niveau régional pour le ministère en charge de la Santé représenté par les 26 ARS et interrégional pour le ministère de la Justice représenté par les 9 DISP et les DIRPJJ, milite pour une coordination des ARS relevant d'une même direction interrégionale.

Les directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse, siège de la région administrative, comprenant un ou plusieurs départements administratifs, reçoivent délégation des directions interrégionales pour coordonner l'inscription de la PJJ dans les politiques publiques et sont les interlocuteurs des agences régionales de santé. De même, les missions interrégionales des UHSI et des UHSA militent pour une politique de santé coordonnée entre ces régions.

Pour ce faire, il appartient aux directeurs généraux des ARS d'organiser cette coordination à leur niveau et de veiller à une cohérence des dispositifs en place. L'ARS de la région d'implantation des UHSI ou des UHSA pilotera cette coordination.

IV - COORDINATION NATIONALE

Le pilotage d'un certain nombre de sujets relevant des administrations centrales notamment pour la justice (locaux, personnel...) nécessite un arbitrage à ce niveau.

La coordination entre la santé et la justice est organisée selon les sujets en tenant compte de la répartition des responsabilités de chacun. Le comité interministériel santé-justice peut arbitrer en cas de désaccord.

³Instruction aux DG d'ARS du 23/12/2010 visa CNP 2010-313.

#2

RÉGLEMENTATION ET PROCÉDURES

CAHIER I ► DÉONTOLOGIE ET RÉGLEMENTATION ► P. 39 > 112

- Droit applicable au personnel de santé
- Droit applicable au personnel de santé et de justice
- Droit applicable aux personnes détenues
- Droit applicable aux prestations pharmaceutiques et aux conditions d'hygiène hospitalière et dans les établissements pénitentiaires

CAHIER II ► ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES ► P. 113 > 132

CAHIER III ► PROTECTION SOCIALE ET MODALITÉS FINANCIÈRES DE PRISE EN CHARGE ► P. 133 > 160

CAHIER IV ► PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES ET PRÉVENTION ► P. 161 > 215

CAHIER I

DÉONTOLOGIE ET RÉGLEMENTATION

P. 39 > 112

CAHIER I

DÉONTOLOGIE
ET RÉGLEMENTATION

DROIT APPLICABLE
AU PERSONNEL DE SANTÉ

P. 41 > 74

#2
Réglementation
et procédures

HABILITATION ET AUTORISATION D'ACCÈS DES PERSONNELS SANITAIRES

Les personnels médicaux et non médicaux appelés à intervenir en milieu pénitentiaire sont désignés par les établissements de santé signataires des protocoles. Le directeur de l'établissement de santé est seul compétent pour se prononcer sur la qualification professionnelle de ces intervenants.

Ils sont soumis à une procédure d'habilitation ou d'autorisation d'accès qui peut comprendre une enquête administrative.

Les personnels soignants intervenant en UHSI et en UHSA ne sont pas soumis à cette procédure¹. Le centre hospitalier fournit la liste des intervenants dans ces structures au responsable pénitentiaire.

I - PROCÉDURE D'HABILITATION (ART. R. 79, 22° ET D. 386 À 388 DU CPP)

S'agissant de l'autorité investie du pouvoir d'habilitation et du moment de l'habilitation, il convient de distinguer deux cas :

- les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein dans les structures médicales (unités sanitaires) et pharmaceutiques (pharmacie à usage intérieur) sont habilités par le ministre de la Justice, préalablement à leur nomination ;
- les praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel dans ces structures ainsi que les autres personnels médicaux et non médicaux hospitaliers sont habilités par le directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétents, préalablement à leur nomination ou à leur affectation.

Dès lors qu'ils postulent pour exercer en milieu pénitentiaire, les personnels médicaux et hospitaliers déposent immédiatement une demande d'habilitation auprès de l'autorité compétente. La demande est présentée par le directeur de l'établissement de santé.

Pour fonder son avis, l'administration pénitentiaire ou la direction interrégionale des services pénitentiaires peuvent faire effectuer une enquête administrative, qui peut donner lieu à la consultation de fichiers informatisés de données personnelles². Celle-ci est effectuée, à la demande de l'administration, par le préfet de département du lieu de résidence et, à Paris, par le préfet de police (article D. 386-1 du CPP).

¹ Circulaire du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA (lien Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_105_180311.pdf).

² Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne et décret n° 2002-424 du 28 mars 2002 fixant la liste des enquêtes administratives pouvant donner lieu à la consultation de traitements autorisés de données personnelles.

Article 17 de la loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité n° 95-73 du 21 janvier 1995 modifié par l'article 25 de la loi n° 2003-239 pour la sécurité intérieure.

L'obtention de l'habilitation est subordonnée à l'absence d'une condamnation justifiant l'inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire, pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs. Toute décision de refus d'habilitation est motivée et transmise à l'intéressé (article D. 386-1 du CPP). L'habilitation est accordée, pour une période de cinq ans, renouvelable par tacite reconduction.

Les personnels sanitaires sont informés par le directeur interrégional des services pénitentiaires ou par son représentant des conditions d'exercice en milieu pénitentiaire et des obligations résultant des diverses dispositions du Code de procédure pénale (article D. 387 du CPP).

Au moment de leur prise de fonctions, le chef de l'établissement pénitentiaire informe les personnels sanitaires des conditions d'exercice en milieu pénitentiaire et leur remet, contre émargement, un exemplaire du règlement intérieur (art. D. 387 du CPP), et les dispositions du Code de procédure pénale qui ont trait à l'organisation sanitaire en milieu pénitentiaire (annexe H : art R. 57-8-1 à R. 57-8-6 et art. D. 360 à D. 399 du CPP).

II - SUSPENSION ET RETRAIT D'HABILITATION

A. SUSPENSION OU RETRAIT POUR MANQUEMENT GRAVE AUX RÈGLEMENTS PÉNITENTIAIRES (ART. D. 388 DU CPP)

L'habilitation peut être suspendue en cas de manquement grave aux dispositions du Code de procédure pénale ou à celles du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire.

Préalablement à toute mesure de suspension, le directeur de l'établissement de santé est obligatoirement informé, par écrit, de la situation, par le directeur interrégional des services pénitentiaires pour les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein ou par le chef d'établissement pénitentiaire pour les autres catégories de personnel.

La suspension de l'habilitation, qui est une mesure provisoire, est prononcée par le directeur interrégional des services pénitentiaires (DISP) pour les personnes habilitées par le ministre de la Justice, et par le chef d'établissement pénitentiaire pour celles habilitées par le directeur interrégional. Cette décision doit être motivée et notifiée à l'intéressé.

La décision de retrait ou de maintien de l'habilitation est prise au plus tard dans le mois suivant la suspension. L'autorité compétente est celle qui a prononcé l'habilitation. La décision doit être motivée et notifiée à l'intéressé.

Préalablement à cette décision, l'administration pénitentiaire est tenue d'informer la personne habilitée suffisamment à l'avance (dans la mesure du possible sous 15 jours) de la décision qu'elle envisage de prendre à son encontre, de lui communiquer son dossier, de recueillir ses observations écrites ou orales et de prendre l'avis de l'autorité investie du pouvoir de nomination ou d'affectation.

Concernant les praticiens hospitaliers, l'autorité correspondante est le directeur général du centre national de gestion (CNG).

Quant aux personnels paramédicaux et administratifs, l'autorité correspondante est le directeur de l'établissement de santé.

B. RETRAIT EN CAS DE CONDAMNATION (ART. D. 386-1 DU CPP)

L'habilitation est retirée de plein droit lorsque la personne a fait l'objet d'une condamnation justifiant l'inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire, pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs.

III - AUTORISATION D'ACCÈS (ART. D. 389 À D. 390-1 DU CPP)

L'autorisation d'accès est délivrée par le chef de l'établissement pénitentiaire :

- à des personnels hospitaliers intervenant à titre temporaire pour une durée inférieure à trois mois, en remplacement d'un personnel habilité, sur proposition du directeur de l'établissement de santé ;
- à des personnels hospitaliers intervenant épisodiquement à la demande du responsable de l'unité sanitaire (UCSA/SMPR) à hauteur de six interventions par an au plus. Dans le cas d'une intervention régulière mais espacée dans le temps, l'intervenant doit bénéficier d'une habilitation ;
- aux personnes intervenant au titre des collectivités territoriales et aux membres du réseau associatif spécialisé ;
- aux personnels de structures spécialisées intervenant au titre de la prise en charge des soins (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, opticiens, podologue...) ;
- aux personnels des entreprises privées assurant l'entretien des locaux des unités sanitaires, lorsque cette fonction n'est pas assurée par des agents des services hospitaliers ;
- aux personnels en stage dans les services de soins, dans le cadre de conventions signées entre l'établissement de santé de rattachement, l'organisme de formation et le stagiaire ;
- aux praticiens conseil des organismes de sécurité sociale ;
- aux personnels de santé au titre de la permanence des soins : un protocole signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en urgence dans les établissements pénitentiaires, afin de garantir aux personnes détenues un accès aux soins d'urgence dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population (article 46 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009) ;
- aux membres du CHST de l'établissement de santé de rattachement. Dans les conditions prévues aux articles D. 277 à D. 279-1 du Code de procédure pénale, une autorisation d'accès leur sera délivrée :
 - par le chef d'établissement pénitentiaire,
 - par le directeur interrégional des services pénitentiaires, lorsque plusieurs établissements pénitentiaires sont rattachés à un même établissement de santé.

Sauf situation motivée par l'urgence, cette autorisation n'est délivrée qu'après enquête administrative³, diligentée par le préfet et réception du bulletin n° 2 du casier judiciaire.

Pour des motifs exceptionnels, l'accès à l'établissement peut être différé par le chef d'établissement.

³ Cf. note 1.

RÈGLES DE SÉCURITÉ

I - SÉCURITÉ AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES**A. MISSION DE SÉCURITÉ DES PERSONNELS PÉNITENTIAIRES****a. Personnels de surveillance affectés dans les structures médicales**

L'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnes concourant aux missions de santé dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire (art. D. 373 du CPP). Les décisions d'affectation ou de retrait des personnels pénitentiaires dans les structures sanitaires relèvent de la compétence du chef d'établissement.

Des personnels de surveillance sont ainsi affectés par le chef d'établissement pénitentiaire dans les structures sanitaires afin de gérer les mouvements des personnes détenues et de veiller à la sécurité. Ces personnels sont désignés par le chef d'établissement pénitentiaire, après avis du médecin responsable de la structure médicale.

Dans l'intérêt du service, ce dernier peut, après échange avec le chef d'établissement, solliciter le retrait par écrit d'un agent.

Les activités de soins se déroulent hors la présence du personnel pénitentiaire. Dans le cas où une personne détenue est soumise à des mesures de surveillance spécifiques, ces dernières doivent être mises en œuvre dans le respect de la confidentialité de l'examen médical. Il appartient en effet à l'administration pénitentiaire en concertation avec les équipes soignantes, de concilier, au vu du profil de l'intéressé, le respect de la confidentialité des soins prodigués et les mesures de sécurité destinées à prévenir tout incident.

Situation particulière

En cas de perturbations majeures de la vie en détention entravant le fonctionnement des structures sanitaires, le chef de l'établissement pénitentiaire, en accord avec le directeur de l'établissement de santé et le coordonnateur des structures sanitaires, doit veiller à ce que la prise en charge médicale des urgences et des soins indispensables puisse être assurée.

b. Contrôles de sécurité**1. Fouilles de locaux (article D. 269 du CPP)**

Les locaux des structures sanitaires peuvent être contrôlés par les personnels pénitentiaires. Le chef d'établissement pénitentiaire doit préalablement en informer le directeur de l'établissement de santé et le médecin responsable de la structure médicale, afin que, le cas échéant, ceux-ci puissent y assister ou s'y faire représenter.

2. Contrôle des personnes détenues (articles R. 57-7-79 à R. 57-7-82 du CPP et circulaire JUSK1140022C du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues⁴)

Les fouilles des personnes détenues avant l'accès aux unités sanitaires doivent être justifiées par la présomption d'une infraction ou par les risques que leur comportement fait courir à la sécurité des personnes et au maintien du bon ordre dans l'établissement. Leur nature et leur fréquence sont strictement adaptées à ces nécessités et à la personnalité des personnes détenues.

À titre exceptionnel, des investigations corporelles internes peuvent être sollicitées par le chef d'établissement auprès de l'autorité judiciaire. Elles sont réalisées par un médecin n'exerçant pas au sein de l'établissement pénitentiaire et requis à cet effet par l'autorité judiciaire (article 57 de la loi du 24 novembre 2009).

B. IMPÉRATIFS DE SÉCURITÉ À RESPECTER PAR LES PERSONNELS HOSPITALIERS

Les personnels hospitaliers doivent se conformer en matière de sécurité aux dispositions du Code de procédure pénale, des circulaires et des notes de l'administration pénitentiaire portées à leur connaissance, ainsi qu'au règlement intérieur de l'établissement.

En cas de non-respect avéré de règles de sécurité pouvant mettre en danger les personnes ou la sécurité de l'établissement, le chef d'établissement peut suspendre dans l'urgence l'autorisation d'accès de la personne.

a. Règles de sécurité générales

Le personnel hospitalier est soumis aux mesures de sécurité qui s'imposent à tous, notamment à la vérification d'identité à l'entrée, au contrôle du matériel, aux formalités de contrôle de leurs effets à l'entrée de l'établissement par les techniques d'usage (portique de détection, détecteur manuel et présentation d'un certificat médical si nécessaire) de même qu'à l'attente aux divers postes de contrôle et aux grilles liées aux mouvements à l'intérieur de la structure (établissement pénitentiaire ou unité hospitalière dont la sécurité est assurée par l'administration pénitentiaire : UHSI et UHSA).

Le personnel hospitalier veille, par ailleurs, à respecter des règles de sécurité simples. Ainsi, les locaux et bureaux sont maintenus fermés à clé en l'absence de personnel.

En présence d'une personne détenue, il ne doit être laissé sur les tables que le matériel strictement nécessaire à la consultation ou aux soins.

Le personnel hospitalier doit signaler sans délai au personnel pénitentiaire tout incident avec une personne détenue si cet événement compromet la sécurité des lieux ou des personnes ainsi que la perte ou la détérioration d'un objet ou d'un matériel pouvant compromettre la sécurité des personnes et de l'établissement.

En cas d'incident nécessitant l'intervention du personnel pénitentiaire, le personnel hospitalier a à sa disposition des moyens d'alarme (bouton ou pédale d'alarme, ou alarme portative individuelle).

Pour des raisons de sécurité (utilisation de l'alarme en urgence, éviter les pertes ou les vols), le personnel hospitalier doit conserver en permanence sur lui l'alarme portative individuelle (API) qui lui est remise par le personnel pénitentiaire.

b. Règles de sécurité relatives à l'accès à l'informatique et aux télécommunications

1. Principes généraux

- Chaque personnel hospitalier, dès lors qu'il se trouve au sein d'une enceinte pénitentiaire, doit être conscient que l'usage des moyens informatiques nécessite le respect de mesures de sécurité. L'utilisation des ressources informatiques mises à sa disposition relève de sa responsabilité.

Les moyens informatiques des personnels hospitaliers dont les ordinateurs portables, doivent au préalable avoir été :

- déclarés auprès du chef d'établissement pénitentiaire ;
- autorisés par celui-ci et inventoriés par le correspondant local des systèmes d'information ou son représentant ;
- ils doivent en outre être identifiables par un scellé de sécurité apposé par un personnel de l'administration pénitentiaire.

- Aucun système de communication sans fil (Wifi, 3G, Bluetooth, etc.) ne doit être activé pendant tout le temps de présence d'un matériel informatique à l'intérieur d'un site pénitentiaire.

- Le matériel informatique du personnel hospitalier doit uniquement être connecté sur le réseau hospitalier, lui permettant d'avoir accès aux communications externes (intranet partenaire, Internet, messagerie). Aucune interconnexion avec le réseau local du site pénitentiaire n'est autorisée. Cependant, le personnel hospitalier disposant d'une habilitation Gide est autorisé à partir d'un poste de travail dédié à accéder aux applications pénitentiaires relevant de cette habilitation.

- Le personnel hospitalier ne doit en aucune façon, de son fait volontaire ou par négligence :
 - permettre à une personne détenue d'accéder au matériel informatique et au réseau mis à sa disposition ;
 - faire usage de son matériel informatique pour le compte personnel d'une personne détenue.

- L'utilisation de clefs USB est interdite en zone de détention. Seuls les supports optiques non réinscriptibles (cd-rom, dvd-rom) ne contenant pas d'informations sensibles ou de données personnelles (dossier patient) sont autorisés. En revanche, en zone administrative, l'usage de supports amovibles professionnels (clefs USB, disques durs externes) est autorisé. Les personnels sanitaires intervenant en situation d'urgence (centre 15, SOS médecins) en détention sont autorisés à garder leur téléphone portable.

2. Consignes de sécurité à respecter par les professionnels de santé pour toute application informatique

Le mot de passe de connexion engage la responsabilité de son propriétaire : comme tous les mots de passe, il est personnel. Il n'est pas transmissible, ne doit jamais être communiqué, ni ne doit être écrit sur aucun support, quel qu'il soit. L'utilisateur doit signaler sans délai au responsable ou au correspondant local des systèmes d'information de l'établissement de santé toute compromission de son mot de passe aux fins de changement de celui-ci.

⁴ Lien Internet : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1140022C.pdf

L'utilisateur ne doit pas :

- quitter son poste de travail en laissant un document ou une application en accès libre, notamment s'agissant des ordinateurs situés en zone de détention. En cas d'absence momentanée, l'utilisateur doit impérativement verrouiller/fermer sa session de travail ;
- laisser un autre utilisateur travailler sur son propre compte informatique ;
- faire usage, pour son propre compte ou pour le compte de tiers non autorisés, des informations auxquelles il a accès dans le cadre de l'accomplissement de sa mission ;
- prendre, à d'autres fins que la réalisation de sa mission, des copies des documents et supports d'information confiés par le ministère de la Justice ;
- utiliser les informations auxquelles il a accès d'une manière qui soit préjudiciable à l'administration.

L'utilisateur doit :

- signaler au responsable ou correspondant informatique de l'établissement de santé toute tentative d'utilisation non autorisée de son compte informatique ;
- accéder aux seuls informations et traitements associés entrant dans le cadre de sa mission ;
- prendre toutes mesures permettant d'éviter l'utilisation ou le traitement détournés ou frauduleux des informations auxquelles il a accès.

II - SÉCURITÉ AU SEIN DES UNITÉS HOSPITALIÈRES HABILITÉES À RECEVOIR DES PERSONNES DÉTENUES (UHSI ET UHSA)

La sécurité des biens et des personnes étant de la compétence de l'administration pénitentiaire, les règles de sécurité s'appliquant dans les établissements pénitentiaires demeurent valables au sein des unités hospitalières (art. D. 395 du CPP).

Au sein de ces unités, les personnes détenues ne doivent en aucun cas :

- avoir accès à l'informatique des personnels ;
- avoir accès à Internet et tout support informatique ou autre habituellement prescrit en détention.

Au sein des UHSI et des UHSA, la fouille des locaux et des chambres ainsi que le contrôle des équipements peuvent être réalisés par le personnel pénitentiaire. Toute fouille d'une unité de soins est décidée avec l'accord du directeur de l'établissement de santé et est réalisée en présence de celui-ci et du médecin responsable de l'unité ou de leurs représentants.

A. AU SEIN DES UHSI

La sécurité au sein des unités est assurée par les personnels pénitentiaires qui gèrent notamment l'ouverture des portes des chambres des patients détenus ainsi que l'organisation des parloirs familles, visiteurs ou avocats. Lorsque des examens prescrits nécessitent qu'ils soient réalisés au sein de plateaux techniques spécialisés, l'accompagnement des personnes détenues est assuré par les personnels hospitaliers escortés par les personnels pénitentiaires.

La planification de ces prises en charge s'organise de manière concertée entre le médecin et le responsable pénitentiaire de l'UHSA.

Un renfort de l'escorte pénitentiaire par les forces de sécurité intérieure est demandé lorsqu'il existe un risque d'atteinte très grave à l'ordre public. Cette mesure est systématique en cas de personne détenue inscrite au registre des DPS (personnes détenues particulièrement signalées).

S'agissant de la zone de soins de l'UHSA, le port des armes par les personnels pénitentiaires (quelle qu'en soit la nature) n'est autorisé qu'en ce qui concerne la garde et l'escorte des personnes détenues inscrites au répertoire des détenus particulièrement signalés (DPS), sous réserve, dans ce cas, que le directeur de l'établissement de santé préalablement informé, ne s'y oppose pas⁵.

B. AU SEIN DES UHSA

La surveillance de l'enceinte et des locaux de l'UHSA ainsi que le contrôle des accès à cette unité et l'organisation des parloirs familles, visiteurs et avocats sont assurés par les personnels pénitentiaires⁶.

Ces derniers n'ont accès aux locaux de soins et aux chambres des patients détenus que pour assurer la fouille et le contrôle des équipements et aménagements spéciaux ou, à la demande du personnel hospitalier, pour intervenir si la sécurité des personnes ou des biens est compromise.

Lorsque la gravité ou l'ampleur d'un incident ne permet pas que l'ordre soit rétabli par le seul personnel pénitentiaire présent sur le site, il revient au directeur de l'établissement de santé de prévenir le préfet et de demander l'intervention des forces de sécurité intérieure.

Le personnel hospitalier doit signaler sans délai au responsable pénitentiaire toute absence irrégulière d'une personne détenue ou tout incident grave.

Transport et escorte d'une personne détenue pour une hospitalisation vers une UHSA ou une extraction médicale depuis une UHSA (Cf. annexe X « Tableau synoptique des gardes et escortes »).

III - SÉCURITÉ LORS DES EXTRACTIONS MÉDICALES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Lors des hospitalisations et consultations en milieu hospitalier, la sécurité est assurée conformément aux textes en vigueur en matière de garde et d'escorte⁷.

A. RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ DES DATES DE RENDEZ-VOUS POUR LES SOIGNANTS

En aucun cas, les personnes détenues ne doivent être informées à l'avance des dates, des heures ou du lieu des extractions en milieu hospitalier.

Afin de garantir la confidentialité de la date et de l'heure de la consultation à l'hôpital, le chef d'établissement pénitentiaire doit mettre en place, en liaison avec l'unité sanitaire de chaque établissement pénitentiaire et le centre hospitalier de rattachement, une procédure permettant d'inscrire le rendez-vous médical de façon anonyme.

⁵ L'article 4 (III) du décret n° 2011-980 du 23 août 2011, relatif à l'armement des personnels pénitentiaires prévoit : « Dans les établissements de santé, le port des armes n'est autorisé qu'à l'extérieur des bâtiments ou services dans lesquels les personnes détenues sont hébergées, sauf en ce qui concerne la garde et l'escorte de personnes détenues inscrites au répertoire des DPS et sauf opposition du directeur de l'établissement de santé préalablement informé. En cas d'urgence, en vue de mettre fin à un incident isolé mettant en cause un nombre limité de personnes détenues, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé peuvent, conjointement, autoriser les personnels présents à pénétrer dans les bâtiments ou les services avec des armes adaptées à la situation. Le préfet en est informé. »

⁶ Circulaire interministérielle DGOS/R4/DAP/PMJ2 ETSH 1107932C du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

⁷ Articles D. 394 et suivants du CPP et circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale du 18 novembre 2004.

S'agissant des consultations en milieu hospitalier, les autorités sanitaires et pénitentiaires doivent se concerter afin d'organiser le déplacement de personnes détenues à l'intérieur de l'hôpital. Elles veillent à instituer les circuits de déplacement les mieux adaptés et à réduire au maximum les temps d'attente des personnes détenues. Le centre hospitalier veille à organiser des conditions d'accueil discrètes et adaptées pour l'escorte pénitentiaire en désignant par exemple des box au sein des urgences qui seront réservés en priorité à l'administration pénitentiaire.

Une parfaite circulation des informations entre le centre hospitalier et l'établissement pénitentiaire doit être systématiquement recherchée afin d'éviter les annulations tardives de rendez-vous et d'optimiser le temps de présence des personnes détenues à l'hôpital.

Lorsqu'une hospitalisation est prévue, l'organisation de la relève de l'escorte pénitentiaire par les forces de sécurité intérieure est utilement anticipée par la remise rapide aux agents pénitentiaires du bulletin d'hospitalisation. De même, lorsque la personne détenue est hospitalisée pour raison somatique et qu'une hospitalisation avec ou sans consentement pour troubles psychiatriques est initiée à l'hôpital, le médecin informe le chef de l'établissement pénitentiaire concerné, comme le précise la procédure spécifique pour les hospitalisations en UHSA.

B. ORGANISATION DES ESCORTES PÉNITENTIAIRES

Le chef d'établissement pénitentiaire désigne l'agent chargé d'assumer la responsabilité de chef d'escorte. Ce dernier est l'interlocuteur privilégié des personnels hospitaliers lors de la consultation.

La composition de l'escorte est décidée par le chef d'établissement pénitentiaire. L'escorte peut être renforcée par les forces de sécurité intérieure lorsque la personnalité de la personne détenue conduite en consultation fait apparaître des risques d'atteinte très grave à l'ordre public. Cette mesure est systématique en cas de personne détenue inscrite au registre des DPS (personnes détenues particulièrement signalées).

Il appartient au chef d'établissement, en considération de la dangerosité de la personne détenue pour autrui ou pour elle-même, des risques d'évasion, et de son état de santé, de définir si la personne doit faire l'objet de moyens de contraintes et d'en préciser leur nature.

Dans l'hypothèse où une personne détenue présenterait une particularité susceptible de complexifier l'application des mesures de contraintes (présence d'un plâtre, de pansement, de port de béquille), l'unité sanitaire est sollicitée au préalable par un personnel d'encadrement pénitentiaire, sur l'adaptation à l'état de santé de l'intéressé, des moyens de contraintes envisagés.

Cas particulier de l'extraction médicale vers une UHSA ou depuis une UHSA (Cf. Annexe X « *Tableau synoptique des gardes et escortes* »).

C. DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION MÉDICALE EN MILIEU HOSPITALIER

Pour chaque personne détenue devant faire l'objet d'une consultation médicale, le chef d'établissement pénitentiaire décide par écrit du port ou non de menottes ou entraves à l'hôpital. De même, il définit par écrit le niveau de surveillance qui doit être appliqué pendant la consultation compte tenu des risques évalués [circulaire JUSK0440155 C du 18 novembre 2004]⁸.

Trois niveaux de surveillance sont prévus :

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

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

Le chef d'escorte doit, dans tous les cas, contrôler le local où se déroule la consultation afin de repérer et situer les issues susceptibles de faciliter une évasion.

Le formulaire type renseigné par le chef d'établissement peut être présenté au médecin qui contesterait les dispositions mises en œuvre par le chef d'escorte.

Les modalités de prise en charge médicale doivent permettre de préserver la confidentialité des soins (art. D. 397 du CPP), ainsi que la dignité des personnes tant en terme de surveillance que de soins proprement dit. Le personnel de l'escorte est soumis au secret concernant les éléments médicaux portés à sa connaissance lors de ces consultations.

Concernant les femmes détenues enceintes, elles ne sont en aucun cas menottées pendant l'accouchement, tant dans la salle de travail que pendant la période de travail elle-même. La surveillance pénitentiaire ne s'exerce pas à l'intérieur de la salle d'accouchement.

S'il n'est pas possible d'utiliser de téléphone portable, le centre hospitalier met à disposition des agents pénitentiaires une ligne téléphonique extérieure pour que ces derniers puissent rester en contact avec l'établissement pénitentiaire.

Dans les cas où les conditions de sécurité des personnes et des biens ne sont plus assurées (par exemple : agressivité ou violence de la personne détenue, trouble créé par la présence de proches...), le chef d'escorte prend la décision de mettre fin à l'extraction et il en informe les personnels soignants. Il rend compte immédiatement à sa hiérarchie.

Le médecin ayant programmé ou sollicité la consultation en est informé afin qu'il soit en mesure d'assurer la continuité des soins dont la personne détenue doit pouvoir bénéficier.

⁸ Lien Internet : <http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/4-dap96b.htm>

CONSULTATIONS MÉDICALES

L'établissement hospitalier siège de l'unité sanitaire est chargé, conformément aux dispositions des articles R. 6112-19 et R. 6112-20 du CSP, reprises par l'article D. 379 du CPP, d'organiser le suivi médical des personnes détenues.

Il lui revient également de coordonner les actions de prévention mises en œuvre à leur égard.

Les modalités d'intervention de l'établissement désigné par le DG de l'ARS sont prévues par l'article R. 6112-16 du CSP et le protocole signé par les différents partenaires est défini par l'article R. 6112-23. Ce protocole précise notamment les modalités d'intervention des personnels de l'unité sanitaire.

Si l'établissement siège de l'unité sanitaire n'a pas d'activité de psychiatrie, l'intervention d'un établissement psychiatrique est déterminée par le DG de l'ARS dans les conditions définies par l'article R. 6112-15 du CSP.

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

Les consultations effectuées en milieu pénitentiaire recouvrent celles répondant à la réglementation et notamment l'article R. 57-8-1 du CPP et celles dans le protocole mentionné au premier alinéa de l'article R. 6112-16 et listées dans R. 6112-23 du CSP.

I - CONSULTATIONS LIÉES AU SUIVI MÉDICAL DES PERSONNES DÉTENUES (ART. R. 6112-14 À R. 6112-27 DU CSP ET R.57-8-1 DU CPP)

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

L'acheminement des demandes de consultations vers l'unité sanitaire est assuré de façon préférentielle au moyen d'une boîte à lettre réservée à cet effet, directement accessible aux personnes détenues à l'occasion de leurs mouvements en détention et dont seuls les personnels soignants détiennent la clef. L'acheminement de demandes orales ou écrites (sous pli fermé) peut aussi être assuré par le personnel pénitentiaire, s'il est sollicité, et les personnels éducatifs de la PJJ quand il s'agit de mineurs

II - CONSULTATIONS SPÉCIFIQUES ET RÉGLEMENTAIRES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

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

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

A. EXAMEN MÉDICAL D'ENTRÉE DES PERSONNES DÉTENUES VENANT DE L'ÉTAT DE LIBERTÉ (ART. R. 6112-19° DU CSP ET R. 57-8-1 DU CPP)

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

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

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

En ce qui concerne les mineurs, le médecin de l'unité sanitaire, conformément à la circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008⁹, délivre lors de l'examen d'entrée :

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

B. EXAMEN MÉDICAL DE SORTIE DES PERSONNES DÉTENUES CONDAMNÉES (ART. 53 DE LA LOI PÉNITENTIAIRE)

L'article 53 de la loi pénitentiaire dispose qu'une visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération.

Les conditions de cette visite sont précisées dans l'annexe J « Consultation de sortie type ».

⁹ Lien Internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-06/ste_20080006_0100_0081.pdf

C. EXAMEN MÉDICAL DES PERSONNES DÉTENUES PLACÉES DANS LES QUARTIERS D'ISOLEMENT ET DISCIPLINAIRES OU CONFINÉES DANS UNE CELLULE ORDINAIRE

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

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

a. Visites aux personnes détenues placées à l'isolement (art. R. 57-7-63 et R. 57-7-64 du CPP)

La liste des personnes présentes au quartier d'isolement est communiquée quotidiennement aux équipes médicales de la structure sanitaire.

Le médecin se rend au quartier d'isolement au moins deux fois par semaine et y visite les personnes détenues chaque fois qu'il l'estime nécessaire. À l'occasion de ce déplacement, il vise le registre de visite. Toute personne détenue peut bénéficier de soins dispensés au sein de la structure sanitaire si son état clinique ou le suivi de ces soins le nécessite.

Il appartient au médecin, chaque fois qu'il l'estime utile au regard de l'état de santé de la personne détenue, d'émettre un avis écrit sur l'opportunité de mettre fin à l'isolement. Par ailleurs, le médecin est informé par l'administration pénitentiaire des éventuelles prolongations de la mesure. Dans le cadre de la procédure de prolongation de la mesure d'isolement l'avis du médecin est obligatoire (art. R. 57-7-64 et R. 57-7-73).

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

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

b. Visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire (art. R. 57-7-31 du CPP)

Conformément aux dispositions de l'article R. 57-7-31 ainsi qu'à la circulaire JUSK 1140029C en date du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues¹⁰, la liste des personnes présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement aux équipes médicales de l'unité sanitaire. Les médecins visitent, sur place, chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'ils l'estiment nécessaire. Cette visite peut avoir lieu en présence du personnel pénitentiaire avec l'accord ou à la demande du médecin, la sécurité du personnel sanitaire devant être garantie. Si, entre ces visites, l'état de santé de la personne détenue est jugé préoccupant par le personnel pénitentiaire, celui-ci le signale à un médecin. La visite peut également être demandée par la personne détenue elle-même. Toute personne détenue peut bénéficier de soins dispensés au sein de l'unité sanitaire si son état clinique ou le suivi de ces soins le nécessite. Lors de chacune de ses visites, le médecin vise le registre mis en place à cet effet, mais non les fiches individuelles de procédure disciplinaire.

La demande d'avis médical préalable à la mise au QD n'est pas prévue par la réglementation (CPP), pas davantage que pour les mises au QD préventives avant que la sanction ne soit prononcée. Si, à l'occasion d'une visite, le médecin estime que le placement au quartier disciplinaire est de nature à compromettre la santé de la personne détenue, il émet un avis destiné au chef de l'établissement pénitentiaire.

À la suite de cet avis, le chef d'établissement pénitentiaire peut suspendre la sanction.

Enfin, les personnes détenues prises en charge en hospitalisation de jour au sein d'un service médico-psychologique régional ne peuvent être placées au quartier disciplinaire sans qu'un médecin de ce service ait pu se prononcer sur la compatibilité de l'interruption de cette hospitalisation avec leur état de santé.

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

c. Visites aux personnes détenues placées en confinement en cellule individuelle ordinaire (art. R. 57-8-1 et R. 57-7-31 du CPP)

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

D. AUTRE SITUATION : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES GRÉVISTES DE LA FAIM ET/OU DE LA SOIF (ART. D. 364 DU CPP)

Lorsque l'administration pénitentiaire est informée d'une situation d'une personne détenue en grève de la faim et/ou de la soif, elle doit en informer l'unité sanitaire dans les plus brefs délais par un signalement écrit. La prise en charge médicale de la personne en grève de la faim et/ou de la soif relève du droit commun (art. L. 1111-4 du CSP et 36 du Code de déontologie médicale R. 4127-36 du CSP). Le suivi médical sera organisé en fonction de la nécessité clinique. En fonction de l'évolution clinique, le médecin demande par écrit la mise sous surveillance spécifique. Si une personne détenue se livre à une grève de la faim prolongée, elle ne peut être traitée sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicale (art. D. 364 du CPP).

Il appartient au médecin de l'unité sanitaire d'informer l'administration pénitentiaire de la nécessité d'hospitalisation d'une personne en grève de la faim et/ou de la soif.

Le chef de l'établissement doit porter toute grève de la faim et/ou de la soif à la connaissance du préfet et du procureur de la République, en même temps qu'à celle du directeur interrégional des services pénitentiaires et du ministre de la Justice (art. D. 280 du CPP). Cf. Annexe I « *Imprimé grève de la faim ou de la soif* ».

¹⁰ Lien Internet : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1140024C.pdf

E. CONSULTATIONS FIXÉES DANS LE PROTOCOLE (ART. R. 6112-16 ET R. 6112-23 DU CSP)

Le protocole et ses annexes prévoient les modalités d'organisation de l'examen systématique des arrivants (Cf. § 1) et des consultations relatives aux soins courants et aux soins spécialisés.

DOCUMENTS MÉDICAUX

I - RÉGLEMENTATION GÉNÉRALE

A. DOCUMENTS PRODUITS PAR UN MÉDECIN AU TITRE DE SON EXERCICE

L'article 76 (article R. 4127-76 du Code de la santé publique) du Code de déontologie médicale dispose :
« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.
« Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci. »

Bien qu'employés par différents textes législatifs et réglementaires, les termes « certificats », « attestations », « avis » ne font l'objet d'aucune définition juridique.
Ainsi, un certificat tout comme une attestation est un document écrit ayant pour objet l'établissement d'un fait, d'une situation. S'agissant de documents médicaux, l'objet principal est la détermination de l'état de santé. L'avis, en revanche, peut être oral ou écrit. S'agissant de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, l'avis écrit sera privilégié. Ces avis n'étant pas nécessairement des « avis conformes » l'administration pénitentiaire n'est pas obligatoirement liée par eux.
Ces trois documents doivent être établis avec toute la circonspection nécessaire : ne sont fournis que les éléments strictement nécessaires pour répondre dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.
L'établissement de ces documents est soumis aux règles de déontologie médicale en particulier celui de l'exercice personnel, de l'indépendance professionnelle et du secret professionnel (auquel il ne peut être dérogé qu'en vertu d'une loi).

Les originaux des documents médicaux sont remis en main propre aux patients. Une copie figure au dossier médical.

B. RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN

L'établissement de documents médicaux engage la responsabilité disciplinaire et/ou pénale d'un médecin. De plus, si du fait de l'établissement d'un document est résulté un dommage, la responsabilité civile peut être engagée aux fins d'indemnisation.

a. Devant les chambres disciplinaires de l'Ordre des médecins

L'article 28 du Code de déontologie (article R. 4127-28 du Code de la santé publique) dispose que :
« La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite. »
Tout manquement à cette obligation déontologique pourra, en vertu de L. 4124-6 du CSP, faire l'objet de sanctions disciplinaires.

b. Devant les juridictions pénales

L'article 441-7 du Code pénal dispose :

« Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait :

« 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;

« 2° de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ;

« 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

« Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

L'article 441-8 du Code pénal dispose que :

« Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait, par une personne agissant dans l'exercice de sa profession, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages quelconques pour établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts.

« Est puni des mêmes peines le fait de céder aux sollicitations prévues à l'alinéa précédent ou d'user de voies de fait ou de menaces ou de proposer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques pour obtenir d'une personne agissant dans l'exercice de sa profession qu'elle établisse une attestation ou un certificat faisant état de faits inexacts.

« La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque la personne visée aux deux premiers alinéas exerce une profession médicale ou de santé et que l'attestation faisant état de faits inexacts dissimule ou certifie faussement l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause d'un décès. »

II - RÉGLEMENTATION RELATIVE AUX DOCUMENTS MÉDICAUX POUVANT ÊTRE DÉLIVRÉS PAR LES MÉDECINS EXERÇANT EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Les documents médicaux peuvent être délivrés soit à la demande de la personne détenue, de l'administration pénitentiaire ou des autorités administratives, soit à l'initiative du médecin lors de son exercice professionnel.

A. DOCUMENTS MÉDICAUX DÉLIVRÉS À LA DEMANDE DE LA PERSONNE DÉTENUE (ART. R. 57-8-1 ET D. 382 DU CPP)

Le médecin délivre à la personne détenue, à sa demande ou à celle des détenteurs de l'autorité parentale lorsque la personne détenue est mineure, tous documents relatifs à son état de santé, dans les mêmes conditions qu'en milieu libre. Ceux-ci sont remis en main propre à la personne détenue et, sous réserve de son accord exprès, à sa famille ou à son conseil (article D. 382 du CPP).

L'accord exprès doit être recueilli par écrit.

a. Documents relatifs à la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles

1. Accidents travail et maladies professionnelles

Le médecin délivre à la personne détenue, à sa demande, tous documents indispensables pour bénéficier des avantages qui lui sont reconnus par la Sécurité sociale, notamment ceux prévus par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (article D. 382 du CPP).

Accidents du travail (Définition : articles D. 412-45 du CSS)

Pour les accidents ayant entraîné une incapacité de travail, le médecin établit en double exemplaire un certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail si les conséquences ne sont pas exactement connues. Le premier exemplaire est remis au chef d'établissement à qui il appartient d'en transmettre sans délai une copie à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le double est délivré à la personne détenue.

Il en est de même pour le constat de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a une incapacité permanente, de la consolidation (art. D. 412-45 du CSS). La date de la guérison ou de la consolidation de la blessure est fixée par le chef d'établissement pénitentiaire d'après l'avis du médecin.

En cas de désaccord, il est fait appel à un médecin expert de la Sécurité sociale (art. D. 412-63 du CSS).

Les procédures de déclaration des AT et d'indemnisation sont définies par les articles D. 412-38 à D. 412-62 du CSS.

Si la libération de la personne détenue intervient avant la guérison ou la consolidation de la blessure, il appartient au médecin de l'unité sanitaire de communiquer au médecin-conseil de la CPAM, sur sa demande, tous renseignements utiles concernant les soins antérieurement donnés à la victime. L'administration pénitentiaire doit également communiquer les éléments en sa possession à la demande de la CPAM (art. D. 412-46 du CSS).

Maladies professionnelles

Le médecin doit établir en triple exemplaire et remettre à la personne détenue un certificat médical indiquant la nature de la maladie, ses manifestations ainsi que les suites probables conformément aux dispositions de l'article L. 461-5 du CSS.

Il en va de même s'agissant du certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade ou indiquant les conséquences définitives de la maladie (art. D. 412-71 du CSS).

NB : En ce qui concerne les arrêts de travail pour maladie déclarés avant l'incarcération et pour lesquels l'état de la personne détenue nécessite la prolongation, celle-ci doit être prescrite et les imprimés « Cerfa » utilisés. Le fait que la personne détenue ne bénéficie pas des indemnités journalières ne dispense pas de ces prolongations.

2. Arrêt et inaptitude au travail

En application de l'art. R. 57-8-1 du CPP, une personne détenue qui présente une incapacité momentanée à exercer un travail en raison de son état de santé, peut se voir délivrer une attestation.

Les médecins sont chargés de réaliser l'examen des personnes détenues sollicitant des attestations relatives à une inaptitude au travail pour raison médicale.

Ces attestations doivent notamment leur être délivrées lorsqu'ils présentent des infections qui pourraient donner lieu à une incapacité de travail.

3. Certificat d'aptitude et d'inaptitude à un poste de travail

La délivrance d'un certificat d'aptitude et d'inaptitude liée à un poste de travail ne relève pas de la compétence du médecin de l'unité sanitaire.

b. Documents relatifs à d'autres situations

Conformément aux dispositions de l'article R. 57-8-1 du CPP, des documents médicaux peuvent être produits à la demande de la personne détenue dans des situations particulières.

1. Activité sportive

Le médecin de l'unité sanitaire réalise l'examen médical des personnes détenues sollicitant une attestation relative à la pratique d'une activité sportive (R. 57-8-1 du CPP). Il peut délivrer une attestation de non contre-indication à la pratique d'un sport en particulier ou demander des examens complémentaires et avis en médecine du sport (selon le type de sport ou selon les antécédents sportifs et médicaux de la personne quel que soit le type et le niveau de sport pratiqué).

2. Changement d'affectation, modification ou aménagement du régime de détention

Le médecin de l'unité sanitaire réalise l'examen des personnes détenues sollicitant pour raison médicale un changement d'affectation, une modification ou un aménagement quelconque de leur régime de détention. Si le médecin estime que l'état de santé d'une personne détenue n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime de détention qui lui est appliqué, il en avise par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire. Ce dernier en informe aussitôt, s'il y a lieu, l'autorité judiciaire compétente (art. R. 57-8-1 du CPP).

3. Attestation de suivi répondant à l'article 763-7 du CPP modifié par la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 - art. 10¹¹)

Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, et conformément au troisième alinéa de l'article 717-1 du Code de procédure pénale, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté, et répondant aux critères prévus par décret en Conseil d'État.

La personne condamnée est immédiatement informée par le juge de l'application des peines ou le juge des enfants s'il s'agit d'un mineur de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre un traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les ans.

¹¹ Tendait à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédures pénales.

Pour les personnes condamnées déjà écrouées, le juge d'application des peines pourra les inciter aux soins. Ne pas s'y soumettre empêchera la personne condamnée de bénéficier d'aménagements et de réductions de peine.

En cas de suspension ou de fractionnement de la peine, de placement à l'extérieur sans surveillance ou de mesure de semi-liberté, les obligations résultant du suivi socio-judiciaire sont applicables.

Dans tous ces cas la personne détenue peut être amenée à solliciter une attestation de suivi, qui lui sera remise en main propre.

4. Certificats de coups et blessures

Ces certificats sont de même nature qu'en droit commun.

Les annexes à l'article 76 (article R. 4127-76 du Code de la santé publique) du Code de déontologie médicale dispose que les « *certificats médicaux en matière de violences involontaires (art. 222-19 et 222-20 du Code pénal) ou en cas de violences et voies de fait volontaires (art. 222-11, 222-13 et 222-14 du Code pénal) [...] doivent préciser une notion d'I.T.T. (incapacité totale de travail) dont l'évaluation de la durée va déterminer le tribunal compétent pour en juger, et devant lequel sera déféré l'auteur des faits* ».

Ils peuvent être établis sur demande de l'intéressé, ou des détenteurs de l'autorité parentale si l'intéressé est mineur, et leur sont remis en main propre.

B. DOCUMENTS MÉDICAUX DÉLIVRÉS À LA DEMANDE DES AUTORITÉS PÉNITENTIAIRES

À la demande des autorités pénitentiaires, le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire peut délivrer des documents médicaux, dans les cas prévus par les articles R. 57-8-1 et D. 382 du CPP.

Les documents émis à la demande des autorités pénitentiaires ne doivent contenir que les renseignements strictement nécessaires, à l'exclusion de tout élément de diagnostic.

Dans tous les cas le médecin informe la personne détenue et lui remet, à sa demande, un double de ces documents. L'autre double est conservé dans le dossier médical du patient.

a. Procédure d'orientation

Les articles D. 75 à D. 79 du CPP ne précisent pas qu'un examen médical soit nécessaire. Lors des procédures d'orientation, l'avis du médecin de l'unité sanitaire est sollicité concernant les aménagements nécessaires en rapport avec l'état de santé de la personne détenue : nécessité d'un transport en véhicule sanitaire, appareils médicaux, nécessité d'une cellule handicapé...

b. Levée des moyens de contrainte

L'article D. 283-3 du Code de procédure pénale précise qu'en cas d'utilisation de moyens de contrainte envisagée par le chef d'établissement, soit comme dernier recours pour maîtriser une personne détenue, soit pour l'empêcher de causer des dommages ou de porter atteinte à elle-même ou à autrui, celui-ci doit demander l'examen de la personne détenue par un médecin.

Il est mis fin à la contrainte si le médecin constate qu'elle est incompatible avec l'état de santé de la personne détenue.

c. Prolongation d'une mesure d'isolement

Les décisions du directeur interrégional des services pénitentiaires de prolonger l'isolement administratif au-delà de six mois (art. R. 57-7-68 du CPP) ou du ministre de la Justice de prolonger l'isolement administratif au-delà d'un an (R. 57-7-68 du CPP) sont prises sur rapport motivé du directeur interrégional des services pénitentiaires qui recueille notamment l'avis écrit du médecin intervenant à l'établissement (art. R. 57-7-64 et 57-7-73 du CPP).

C. DOCUMENTS MÉDICAUX ADRESSÉS AUX AUTORITÉS PÉNITENTIAIRES ET JUDICIAIRES À L'INITIATIVE DU MÉDECIN DANS LE CADRE DE SON EXERCICE PROFESSIONNEL ET DE LA RÉGLEMENTATION

Les médecins chargés des soins somatiques ou psychiatriques peuvent adresser des documents relatifs à l'état de santé de la personne détenue, dès lors qu'ils estiment que celui-ci n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué.

a. Quartier disciplinaire ou confinement dans une cellule ordinaire

Obligation est faite au médecin de visite bihebdomadaire de toute personne placée en confinement en cellule individuelle ordinaire et au quartier disciplinaire. La sanction peut être suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé de la personne détenue (article R. 57-7-31 du CPP). Le médecin établit dans ce cas un avis écrit qu'il remet aux autorités pénitentiaires.

b. Quartier d'isolement

Obligation est faite au médecin de visite bihebdomadaire de toute personne placée à l'isolement. Le médecin, chaque fois qu'il l'estime utile au regard de l'état de santé de la personne détenue, émet un avis sur l'opportunité de mettre fin à l'isolement (art. R. 57-8-1 du CPP). Le médecin établit dans ce cas un avis écrit qu'il remet aux autorités pénitentiaires.

c. Extraction judiciaire et transfèrement

Si le médecin juge que l'état de santé de la personne n'est pas compatible avec une extraction judiciaire, il établit un certificat (art. 416 et art. D. 292 du CPP).

d. Mesure de suspension de peine pour raison médicale

Dans le cadre de la procédure de suspension de peine pour raison médicale (art. 720-1-1 du CPP introduit par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins), le médecin de l'UCSA ou éventuellement le médecin qui accueille la personne détenue dans un service hospitalier, envisage avec elle cette possibilité dès lors qu'il estime que son état de santé est tel qu'elle pourrait bénéficier de cette mesure¹².

¹² Circulaire SANH0330441C DHOS/DGS/DAP/2003/440 du 24 juillet 2003 relative au rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la procédure de suspension de peine pour raison médicale.

Afin d'introduire la procédure, la personne condamnée transmet un certificat médical descriptif de son état de santé établi par le médecin de l'unité sanitaire au juge d'application des peines ou au juge des enfants s'il s'agit d'un mineur. La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que la personne condamnée est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.

Toutefois, en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, la suspension peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin de l'unité sanitaire (article 79 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire).

Dans tous les cas, le médecin de l'unité sanitaire avise par écrit le chef d'établissement des démarches entreprises.

e. Admission en hospitalisation complète en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (art. L. 3214-1 et suivants du CSP et D. 398 du CPP)

1. Législation

- Selon l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique (CSP) modifié par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge :

« I.-Les personnes détenues admises en soins psychiatriques en application du présent chapitre ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation complète.

II.-L'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3 [...]. »

- De plus, la mesure transitoire instaurée par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice en son article 48 demeure et prévoit que : « Dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées mentionnées à l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un service médico-psychologique régional ou un établissement de santé [...]. »

Dans ce cas, l'hospitalisation des personnes détenues est réalisée en établissement habilité à recevoir des patients en soins sans consentement et est régie par l'article D. 398 du Code de procédure pénale. Cet article dispose qu'« au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il revient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique ».

2. Déroulement de la procédure

2.1 Certificat initial d'admission

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

Toutefois, l'article L. 3214-3 du CSP précise que « *le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil* ». Si l'établissement d'accueil est également l'établissement de rattachement de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire, le psychiatre de cette unité ne peut donc pas rédiger le certificat médical permettant au préfet de prononcer par arrêté l'admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète une personne détenue (article L. 3214-3 du CSP). En revanche, et conformément à la décision n° 321506 du Conseil d'État prononcée le 9 juin 2010, « *s'il ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, il peut être établi par un médecin non psychiatre de cet établissement ou par un médecin extérieur à l'établissement, qu'il soit ou non psychiatre* ».

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

Les médecins de l'unité sanitaire et de l'UHSA ou de l'établissement autorisé en psychiatrie fixent ensemble les modalités d'hospitalisation puis, le préfet du département où est situé l'établissement pénitentiaire, prononce l'hospitalisation au vu du certificat circonstancié (art. L. 3214-3 du CSP).

2.2 Premières 72 heures

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

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

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

2.3 Certificat de maintien en hospitalisation

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

- le 6^e, 7^e ou 8^e jour suivant l'admission ;
- dans le mois qui suit la décision d'admission ;
- puis mensuellement.

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

En revanche, la saisine du JLD au bout de 15 jours et au bout de six mois (articles L. 3211-12-1 et L. 3214-2) doit être accompagnée d'un avis conjoint des deux psychiatres :

- le psychiatre de l'établissement de santé où se déroule l'hospitalisation ;
 - le psychiatre de l'établissement pénitentiaire d'origine du patient.
- <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques>

f. Sévices ou mauvais traitements (art. R. 4127-10 du CSP et 226-14 du CP)

Le Code de déontologie médicale dispose : « *Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.* » Le Code pénal, à l'article 226-14, 2^e alinéa, désigne le procureur de la République comme la personne à laquelle doit être fait le signalement.

Le médecin doit informer la personne détenue des démarches entreprises et lui donner un double des documents établis. Le chef d'établissement est informé avec l'accord de la personne détenue.

Toutefois, s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, le médecin doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. Dans ce second cas l'accord des intéressés n'est pas nécessaire (Code de déontologie). Le Code pénal privilégie le procureur de la République et ne fait pas référence aux autorités médicales ou administratives. Cela ne dispense pas le médecin, relativement à la règle déontologique, d'en avertir l'autorité administrative en la personne du chef de l'établissement.

SECRET PROFESSIONNEL DES PERSONNELS DE SANTÉ

Le secret professionnel est l'un des fondements de la relation de soins. La relation entre la personne détenue et les personnels soignants est donc fondée sur la confiance. Cette dernière est garantie par l'indépendance du médecin vis-à-vis des autorités pénitentiaires et judiciaires, dans l'exercice de ses fonctions de soins. Le secret professionnel s'impose donc en milieu pénitentiaire comme en milieu libre. Sauf dérogation prévue par la loi, le secret est opposable à toute autorité, même si cette autorité est elle-même astreinte au secret professionnel. Le secret professionnel fait partie intégrante du secret de la vie privée (article 9 du Code civil). Quant au champ du secret professionnel, il s'étend à toutes les informations d'ordre privé venues à la connaissance du médecin dans l'exercice de ses fonctions, que ces informations soient ou non d'ordre médical.

I - NATURE DU SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel est une obligation fondamentale décrite dans les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal. Il n'existe pas de définition juridique du secret, mais sa violation est réprimée par le Code pénal.

L'article 226-13 du Code pénal dispose que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ». Tous les personnels de santé, quel que soit leur statut, leur profession ou leur fonction (y compris en cas de mission temporaire) sont tenus de respecter cette prescription légale.

Cependant cet article ne s'applique pas dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. Il existe des limites aux poursuites pour l'infraction prévue à l'article 226-13 du Code pénal dans des conditions particulières (article 226-14 du Code pénal).

A. APPLICATION AUX MÉDECINS, CHIRURGIENS-DENTISTES, PHARMACIENS, INFIRMIERS, SAGES-FEMMES, PSYCHOLOGUES

- L'obligation déontologique pesant sur les médecins est codifiée à l'article R. 4127-4 du Code de la santé publique qui indique que : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »
- L'article R. 4127-206 du Code de la santé publique prévoit que : « *Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

- L'article R. 4235-5 du Code de la santé publique indique que : « *Le secret professionnel s'impose à tout pharmacien dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment.* »

- L'article R. 4312-4 du Code de la santé publique prévoit que : « *Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.* »

- L'article R. 4127-303 du Code de la santé publique dispose que : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris. La sage-femme doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. La sage-femme doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches cliniques et des documents qu'elle peut détenir concernant ses patientes. Lorsqu'elle se sert de ses observations médicales pour des publications scientifiques, elle doit faire en sorte que l'identification des patientes ne soit pas possible.* »

- Le secret professionnel s'agissant des psychologues relève des seules dispositions du Code pénal.

B. DROIT DU MALADE

Le secret est non seulement une obligation à la charge des professionnels mais aussi un droit du malade (Cf. loi n° 2002-403 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). L'article L. 1110-4 du Code de la santé publique prévoit que : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.* »

Ce droit n'est pas sans limite. En effet, ce même article précise également que : « *Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.* »

II - RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL LORS DE L'EXERCICE MÉDICAL EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Les personnes détenues ne doivent pas faire l'objet de discrimination (art. R. 4127- 7 du CSP). En tant que personnes privées de liberté, elles doivent, au contraire, être l'objet d'une attention particulière, notamment si le médecin constate des sévices ou de mauvais traitements (art. R. 4127-10 du CSP).

A. PORTÉE DU SECRET PROFESSIONNEL

Si le secret couvre une information à caractère secret selon le Code pénal, le Code de la santé publique précise que celui-ci couvre « *l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes* ». Ces dispositions se retrouvent dans les dispositions réglementant la profession médicale (Cf. Code de déontologie médicale inclu dans le CSP : « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

B. DÉROGATIONS LÉGALES

La jurisprudence tant judiciaire qu'administrative précise que le secret professionnel est général et absolu. Il ne peut être dérogé ainsi au secret professionnel que par la loi¹³.

Les dérogations au secret professionnel sont dans l'intérêt du patient ou de la santé publique : déclarations de naissances et de décès (article 56 du Code civil), signalisation des cas de maltraitance au procureur de la République avec l'accord de la victime (article 226-14 du Code pénal) (sauf si la victime est mineure notamment (art. R. 4127-44 du CSP)).

Le législateur a ainsi prévu un certain nombre de dispositions légales de dérogation à l'obligation de respecter le secret professionnel, qui font l'objet de textes précis.

Certaines sont justifiées par la nécessité d'établir une communication maîtrisée d'informations médicales notamment dans le cadre de la protection des victimes : ainsi, l'article L. 6141-5 du CSP prévoit que : « (...) Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article¹⁴, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection (...). »

¹³ CE, 8 fév. 1989, Conseil national de l'ordre des médecins, req. n° 54494 54678 54679 54812 54813 : une atteinte au secret médical peut être jugée légale si elle est la conséquence nécessaire d'une disposition législative.

¹⁴ Un ou plusieurs établissements publics de santé peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté. Les dispositions des titres I, III et du présent titre sont adaptées par voie réglementaire aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du titre II ne leur sont pas applicables.

DÉROGATIONS LÉGALES

DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES

- naissance
- décès
- maladies contagieuses
- maladies vénériennes
- internement : soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou dispositif d'urgence en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade
- majeurs protégés
- accidents du travail et maladies professionnelles
- pension militaire d'invalidité
- pension civile et militaire de retraite
- indemnisation de personnes contaminées par le VIH par transfusion
- dopage
- risques pour la santé humaine

PERMISSIONS DE LA LOI

- mauvais traitements infligés à un mineur ou à une personne incapable de se protéger
- sévices permettant de présumer de violences sexuelles, physiques ou psychiques (avec accord de la personne concernée si majeure)
- recherches dans le domaine de la santé dans les limites fixées par les lois bioéthiques et la loi informatique et liberté
- évaluation d'activité dans les établissements de santé (art. L. 6113-1 à L. 6113- 8 et dans les limites fixées par la loi informatique et liberté)
- dangerosité d'un patient détenteur d'une arme à feu

Ces dérogations légales obligent¹⁵ ou autorisent¹⁶ seulement une certaine révélation (maladie contagieuse désignée par un numéro, symptômes d'un état mental dangereux, etc.). Elles n'autorisent qu'une information « *nécessaire, pertinente et non excessive* ».

C. SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ ENTRE SOIGNANTS

Le secret professionnel s'impose à tous les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire. Le législateur a prévu la possibilité d'échanges d'informations entre professionnels de santé précisée dans l'article L. 1110-4 alinéa 3 du Code de la santé publique : « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.* »

En ce qui concerne les mineurs détenus, les détenteurs de l'autorité parentale sont également avertis du partage d'informations.

¹⁵ Contraignent à la révélation.

¹⁶ Permettent la faculté de révéler sans l'obliger.

D. SECRET PROFESSIONNEL DANS LE CADRE DES RELATIONS DU PERSONNEL SOIGNANT AVEC LES AUTORITÉS JUDICIAIRES ET PÉNITENTIAIRES ET DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE¹⁷

Le secret professionnel doit être respecté dans le cadre des informations échangées lors des réunions de travail avec les services des établissements pénitentiaires et ceux de la PJJ. Le personnel pénitentiaire, et plus particulièrement celui affecté aux structures médicales, est tenu d'observer une stricte discrétion. Il ne doit divulguer à personne des informations concernant la santé des personnes détenues. Le médecin intervenant en milieu pénitentiaire doit veiller au comportement des personnes qui l'assistent (art. R. 4127-72 du CSP) et empêcher toute indiscretion qui se produirait en son absence (art. R. 4127-71 et 73 du CSP).

E. SECRET PROFESSIONNEL LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES DE PROPHYLAXIE

Le respect du secret professionnel ne s'oppose pas aux mesures de prophylaxie individuelles ou collectives qui doivent être mises en œuvre, comme dans toute collectivité, dès lors qu'un risque infectieux a été identifié. Elles sont entreprises, lorsque les circonstances l'exigent, par le médecin responsable de l'unité sanitaire en liaison avec le médecin de prévention de l'établissement public de santé de rattachement et avec le médecin de prévention chargé d'assurer l'hygiène et la prévention auprès des différents personnels intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

¹⁷ Article 45 loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 : L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation dans le respect du troisième et du quatrième alinéa de l'article L. 6141-5 du Code de la santé publique.
« Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article (établissements de santé destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté) les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. »

EXPERTISE JUDICIAIRE MÉDICALE

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

I - MÉDECIN EXPERT JUDICIAIRE

Le médecin expert judiciaire est désigné par le juge tant dans le cadre d'une instance civile¹⁸ ou administrative que pénale¹⁹. Il a pour mission de résoudre une question d'ordre technique (médicale en l'espèce) qui peut concerner toutes les spécialités comme l'évaluation d'un état de santé ou l'imputabilité d'un dommage corporel. Il ne s'agit pas d'un acte médical à visée thérapeutique pour le patient et le premier devoir de l'expert est d'en informer la personne qu'il doit examiner.

Le médecin expert judiciaire doit être un praticien reconnu, compétent, expérimenté dans son domaine, impartial et surtout indépendant des parties au procès. Son rôle est d'exprimer clairement un avis technique motivé sur les faits avec conscience, objectivité et impartialité. Il est soumis aux mêmes obligations que le juge : impartialité et indépendance à l'égard des parties. Il peut ainsi être récusé pour les mêmes causes que les juges (article 234 du Code de procédure civile).

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

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

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

Article R. 4127-105 du CSP

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

Article R. 4127-106 du CSP

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

¹⁸ Article 11 du Code de procédure civile.

¹⁹ Article 156 du Code de procédure pénale.

Article R. 4127-107 du CSP

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

Article R. 4127-108 du CSP

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

A. EN MATIÈRE CIVILE OU ADMINISTRATIVE

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

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

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

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

En matière civile le procès « appartient aux parties » et le juge ne dispose que d'un pouvoir d'injonction. Le juge peut ordonner à un tiers de communiquer à l'expert les documents nécessaires à l'exécution de sa mission mais il ne peut contraindre un médecin à lui transmettre des informations couvertes par le secret lorsque la personne ou ses ayants droit s'y sont opposés (Cass. civ. 1^{re} n° 01-02.338, 15 juin 2004). Si la partie s'oppose à éclairer l'expert, le juge en tire ses conclusions.

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

B. EN MATIÈRE PÉNALE

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

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

II - EXPERTISE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

L'expertise judiciaire d'une personne détenue ne se distingue ni en ce qui concerne les missions confiées par les juges ni en ce qui concerne les prérogatives et devoirs des experts.

L'expert agit dans le cadre procédural qui le désigne et dont il respecte les règles.

Le médecin traitant, somaticien ou psychiatre, est tenu aux mêmes règles professionnelles et déontologiques que son confrère de l'extérieur et dispose des mêmes libertés de décision à l'égard de l'expert.

En revanche l'expertise médicale d'une personne détenue ne doit pas être réalisée au sein des structures de soins en milieu pénitentiaire²⁰ et le médecin de l'unité sanitaire étant médecin traitant ne peut pas être désigné comme expert²¹.

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

²⁰ Note de la DAP du 20 février 2009.

²¹ Article R. 4127-105 du CSP : « Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. [...] ».

CAHIER I

DÉONTOLOGIE
ET RÉGLEMENTATION

DROIT APPLICABLE
AU PERSONNEL DE SANTÉ ET JUSTICE

P. 75 > 78

#2
Réglementation
et procédures

PARTAGE D'INFORMATIONS

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

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

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

I - PARTAGE D'INFORMATIONS OPÉRATIONNELLES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PROFESSIONNELS DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

Les conditions du partage d'informations entre les professionnels de santé et les professionnels de l'administration pénitentiaire sont définies à l'article L. 6141-5 du Code de la santé publique, issu de l'article 8 de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental dans les termes suivants : « *Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article - établissements publics de santé spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté -, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires.* »

Au-delà de ces dispositions, ce partage a pour objectif de préserver la santé et la sécurité de la personne détenue mais également de participer à la sécurité de l'ensemble des personnes intervenant en milieu pénitentiaire. Il s'exerce dans le respect du droit au secret médical, garanti aux personnes détenues par l'article 45 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.

Le partage d'informations est organisé dans le cadre de procédures et outils formalisés au sein des commissions telles que la CPU, la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire lorsque l'établissement accueille des personnes mineures ou la commission santé prévue par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

L'annexe K « Partage d'informations », issue des réflexions du groupe de travail interministériel précité, donne un cadre à ce partage, qui doit être décliné et organisé au niveau de chaque établissement.

Le cahier électronique de liaison (CEL) est mis en place par l'administration pénitentiaire. Les professionnels de santé ne doivent en aucune façon y porter des éléments d'information couverts par le secret médical.

II - PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA COMMISSION PLURIDISCIPLINAIRE UNIQUE (CPU) ET À LA RÉUNION HEBDOMADAIRE DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE POUR LES MINEURS

La commission pluridisciplinaire unique (CPU), dispositif pénitentiaire prévu par le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale, est présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire ou son représentant. Sa consultation est obligatoire pour l'examen des parcours d'exécution de peine (PEP) des personnes condamnées (article D. 89 du Code de procédure pénale) et facultative pour toute autre situation la justifiant. Elle a pour objectif une connaissance partagée de la situation globale d'une personne détenue tout au long de son parcours de détention. Dans les établissements accueillant des personnes mineures, cet objectif est dévolu à la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire (article D. 514 du Code de procédure pénale) à laquelle participe le service de la PJJ dans la mesure où l'accompagnement éducatif concerne également l'accès aux soins.

A. MODALITÉS DE PARTICIPATION DES ÉQUIPES SOIGNANTES

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

La participation des professionnels de santé à ces instances est organisée selon les principes suivants :

a. Modalités de désignation des personnels soignants

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

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

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

La participation effective des professionnels de santé aux réunions de la CPU qui traitent de la prévention du suicide est fortement recommandée.

b. Communication de l'ordre du jour

Il revient au chef de l'établissement pénitentiaire de veiller à ce que l'ordre du jour des réunions soit communiqué au moins cinq jours avant leur tenue au représentant désigné par l'établissement de santé de rattachement, lorsque la CPU examine le parcours d'exécution de la peine. Dans les autres cas, aucun délai n'est prescrit. Il convient toutefois de respecter un délai minimum de prévenance de trois jours pour permettre de préparer dans de bonnes conditions la réunion.

Celui-ci comporte la liste exhaustive des personnes détenues dont la situation sera évoquée afin de permettre à l'équipe soignante de préparer ces réunions et notamment d'informer les personnes détenues concernées de l'échange d'informations envisagé. Si la personne détenue concernée est mineure, les titulaires de l'autorité parentale sont informés de l'échange d'informations envisagé. Cette information préalable de la personne détenue et l'échange prévu à son sujet doivent s'exercer dans le strict respect des dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

c. Modalités de suivi des réunions

Chaque réunion fait l'objet d'un relevé des avis, communiqué aux professionnels de santé, qui peuvent formuler, par écrit, toute remarque qui est intégrée dans le dossier de la personne détenue.

B. CONTRACTUALISATION

L'instauration de protocoles est indispensable pour garantir dans la durée un fonctionnement efficace et harmonisé. Ces protocoles doivent tenir compte des éventuelles spécificités concernant les personnes mineures incarcérées.

La mise en place d'un protocole spécifique à ce sujet est prévue dans le protocole cadre (article 15), les modalités de participation de l'équipe soignante devant être déclinées dans l'annexe XI du protocole.

CAHIER I

DÉONTOLOGIE ET RÉGLEMENTATION

DROIT APPLICABLE AUX PERSONNES DÉTENUES

P. 79 > 102

DOSSIER MÉDICAL

« La prise en charge des personnes détenues est intégrée au système de santé de droit commun. Les soins aux personnes détenues relèvent du droit commun en matière de santé, y compris pour l'ensemble des procédures de gestion du dossier médical.

Le dossier médical de la personne détenue doit permettre son suivi tout au long de son incarcération, quels que soient la durée et les lieux successifs de celle-ci. Il est identique à celui constitué pour tout patient admis dans un établissement de santé public ou privé. » (Art. R. 1112-2 du CSP)

Un dossier médical patient est constitué pour chaque personne détenue dès son entrée dans un établissement pénitentiaire par le service médical de l'établissement de santé correspondant (UCSA/SMPR). Son contenu, sa gestion, son transfert, son devenir et ses conditions d'accès sont régis par les règles de droit commun. La communication du dossier médical constitue une obligation pour l'établissement de santé et un droit pour le patient.

Le dossier médical constitué pour chaque patient hospitalisé contient notamment les éléments suivants (articles R. 1111-1 à R. 1112-9) : l'article R. 1112-2 du CSP énumère un ensemble d'informations, de documents et de sous-dossiers qui doivent nécessairement figurer dans le dossier médical. Cette liste n'est pas exhaustive mais indique les éléments devant a minima être inclus dans celui-ci. Cependant, s'agissant d'un dossier de consultation, si son support est laissé à l'appréciation de l'établissement de santé, son contenu doit être exhaustif sur l'ensemble des actes prodigués.

I - GESTION, TRANSFERT ET DEVENIR DU DOSSIER MÉDICAL DES PERSONNES DÉTENUES

A. GESTION AU SEIN DE L'UNITÉ SANITAIRE

Le dossier médical de la personne détenue est placé sous la responsabilité exclusive de l'établissement de santé. Il est conservé dans les locaux de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire où est écroué le patient et dans des conditions garantissant le respect de la confidentialité.

Le service médical doit bénéficier de locaux sécurisés, les dossiers n'étant accessibles qu'aux seuls soignants (art. D. 375 du CPP).

L'absolue confidentialité des données est garantie quel que soit le support de l'information, mais spécifiquement dans le cadre des supports informatiques (art. L. 1110-4 § 4 al 4 du CSP).

B. MODALITÉS DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS MÉDICALES

- **En cas de transfert d'une personne détenue vers un autre établissement pénitentiaire**, les informations médicales nécessaires à sa prise en charge (copie du dossier médical) sont transmises au responsable médical de l'unité sanitaire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité (pli cacheté).
- **En cas d'extraction ou transfèrement vers un établissement de santé**, les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité (art. D. 375 du CPP).
- **En cas de libération de la personne détenue**, les éléments essentiels du dossier médical nécessaires à la continuité des soins doivent être adressés au professionnel de santé désigné par la personne libérée. « À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum. » (Art. R. 1112-1 du CSP)
- **En cas de décès de la personne détenue** ; tenu par le secret médical même après le décès du patient, le médecin ne peut pas divulguer ce secret auprès d'un tiers, quel qu'il soit. Sollicité pour délivrer un certificat médical post-mortem, le médecin reste seul juge, en conscience, de son comportement, mais ne peut délivrer ce document qu'aux ayants droit légitimes du défunt. « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire-valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (art. L. 1110-4 du CSP). « L'ayant droit d'une personne décédée qui souhaite accéder aux informations médicales concernant cette personne, dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article L. 1110-4, doit préciser, lors de sa demande, le motif pour lequel elle a besoin d'avoir connaissance de ces informations. Le refus d'une demande opposé à cet ayant droit est motivé. Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical. » (Art. R.1111-7 du CSP)

C. ARCHIVAGE DES DOSSIERS MÉDICAUX

L'archivage des dossiers médicaux par les unités sanitaires des établissements pénitentiaires relève du régime des archives publiques hospitalières. L'article R. 1112-7 du Code de la santé publique (décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006) réduit de façon sensible la durée de conservation des dossiers médicaux des établissements de santé (publics et privés). L'article R. 1112-7 du CSP fixe un délai de 20 ans pour la conservation des archives des dossiers médicaux. Qu'il s'agisse des dossiers « papiers » ou informatiques, ils doivent être conservés dans des conditions qui garantissent leur confidentialité et leur intégrité.

II - ACCÈS DES PERSONNES DÉTENUES À LEUR DOSSIER MÉDICAL

Les personnes détenues bénéficient d'un droit d'accès à leur dossier médical et aux informations de santé les concernant. Ce sont les règles de droit commun qui s'appliquent. Celles-ci sont précisées dans l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique modifié par la loi du 5 juillet 2011.

C'est la totalité du dossier qui est transmise en copie et non en original, incluant les courriers, les comptes rendus et les documents divers concernant la prise en charge du patient.

L'accès au dossier médical peut se faire directement ou par l'intermédiaire d'un médecin désigné par la personne détenue.

A. RÉGLEMENTATION GÉNÉRALE

Les dispositions relatives à la communication aux patients des informations contenues dans le dossier médical et à l'information des personnes soignées s'appliquent au dossier médical de la personne détenue, dossier régi par les dispositions des articles R. 1111-1 à R. 1111-6 et R. 1112-1 à R. 1112-9 du CSP.

Ces dispositions sont les suivantes :

- toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et des établissements de santé (art. L. 1111-7, 1^{er} §) ;
- elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet (art. L. 1111-7, 2^e §) ;
- la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin (art. L. 1111-7, 3^e §) ;
- la consultation des informations, dans le cadre de dispositif d'urgence en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risque d'une gravité particulière (art. L. 1111-7, 4^e §) ;
- pour les mineurs, la personne pouvant exercer le droit d'accès est le ou les détenteurs de l'autorité parentale, sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5. Le mineur peut demander que cet accès ait lieu en présence d'un médecin (art. L. 1111-7, 5^e §) ;
- les ayants droit d'une personne décédée peuvent accéder aux informations médicales dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 (art. L. 1111-7, 7^e alinéa).

B. PROCÉDURES SPÉCIFIQUES

a. Intervention d'une tierce personne

Si la communication des informations médicales aux personnes détenues (article R. 1112-1 du CSP) nécessite l'intervention d'une tierce personne (demande du médecin ou du patient), elle doit, en ce cas, disposer des autorisations nécessaires (permis de visite) lui permettant de communiquer avec la personne détenue¹.

Si la personne détenue fait le choix de se faire accompagner ou assister par un médecin, celle-ci doit indiquer à l'établissement le nom et les coordonnées du médecin choisi. Après s'être assuré de la qualité de médecin de la personne ainsi désignée, l'établissement de santé peut, selon son choix ou celui du demandeur, lui adresser ou lui remettre les documents.

¹ Article 49 de la loi pénitentiaire de 2009 + Circulaire JUSK11400029C du 20 février 2012 relative au maintien des liens extérieurs : « Les visites peuvent s'effectuer au parloir si ces derniers permettent la stricte confidentialité : parloirs réservés aux avocats, parloirs familiaux, parloirs classiques aux horaires séparés des heures de visite habituelle, etc. » (lien Internet : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK11400029C.pdf).

La communication de ces informations à la personne détenue par ce médecin nécessite la délivrance par l'autorité compétente (magistrat saisi du dossier de l'information s'agissant des prévenus, chef d'établissement s'agissant des personnes condamnées) d'un permis de visite. Le permis de visite doit préciser que le médecin est autorisé à amener une copie des documents, la remise de ceux-ci à la personne concernée n'étant toutefois pas autorisée. Dans l'hypothèse où le médecin désigné souhaiterait communiquer ces informations par courrier à la personne détenue, il est rappelé qu'il n'est pas fait exception dans ce cas aux dispositions relatives aux contrôles des courriers (article 40 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009).

Dans la mesure où la personne détenue souhaiterait disposer d'une copie de son dossier médical en cellule, celle-ci s'expose à le voir contrôler par les personnels pénitentiaires lors de fouilles.

b. Les mineurs ou les majeurs protégés

- Le droit d'accès au dossier médical des mineurs ou des majeurs placés sous tutelle est exercé, selon le cas, par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur de l'intéressé (Cf. §A).
- Concernant le mineur, celui-ci peut demander à ce que la communication des informations médicales le concernant ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Ce dernier est alors choisi par le détenteur de l'autorité parentale. L'accès au dossier médical peut s'opérer soit par consultation sur place dans un local administratif de l'établissement pénitentiaire (sous réserve de la délivrance d'une autorisation d'accès au titulaire de l'autorité parentale et au médecin par le chef d'établissement ou à l'établissement de santé de rattachement de l'unité sanitaire), soit par envoi d'une copie des documents concernés (articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP).
- Lorsqu'un mineur souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont il a fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5 du CSP, il peut demander au médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention de mentionner à son dossier médical son opposition à l'information du titulaire de l'autorité parentale. En cas de demande de ce dernier, le médecin doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur ; si le mineur persiste dans son refus de communiquer les informations médicales concernées, son choix est respecté.
- Le dossier médical d'une personne détenue mineure n'est plus communicable au titulaire de l'autorité parentale une fois que celui-ci a atteint sa majorité.

III - COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL À DES MÉDECINS EXTÉRIEURS

A. RÉGLEMENTATION GÉNÉRALE

La communication du dossier médical des personnes détenues à des praticiens extérieurs obéit aux mêmes règles que celles du droit commun en la matière (article R. 4127-45 du CSP).

Lorsqu'une hospitalisation ou des examens spécifiques sont nécessaires, le médecin de l'unité sanitaire est tenu de communiquer, avec l'accord du patient détenu et des détenteurs de l'autorité parentale si le patient est mineur, les éléments du dossier médical indispensables à la continuité des soins.

De même l'accès au dossier médical d'un patient détenu (ou hospitalisé sans son consentement) par les médecins du CPT ou par le contrôleur général des lieux de privation de liberté ne peut être autorisé qu'avec le consentement de la personne concernée.

B. EXCEPTIONS

a. Communication du dossier médical dans le cadre de missions (art. L. 1112-1 du CSP)

« Les médecins membres de l'Inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions. »

b. Communication du dossier médical sur réquisition judiciaire

Le dossier médical peut également être saisi, sur réquisition de l'autorité judiciaire, en l'absence de l'accord du patient. Dans ce cas, il est nécessaire que le directeur de l'établissement de santé (ou son représentant) soit présent ainsi qu'un médecin responsable de l'unité sanitaire et un représentant du conseil de l'ordre des médecins.

IV - LE DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

A. OBJECTIFS

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 a instauré le dossier médical personnel (DMP). Ces dispositions ont été codifiées aux articles L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale et L. 1111-14 et suivants du Code de la santé publique. L'objectif de la création du DMP est de créer un service pour mettre à la disposition des bénéficiaires de l'assurance maladie un dossier médical placé sous son contrôle. Il aura pour vocation d'améliorer la qualité des soins en facilitant la coordination et les échanges d'informations entre professionnels de santé. Ce dossier est en cours de déploiement.

B. PRINCIPES

L'article L. 1111-14 du CSP dispose que tout assuré social peut bénéficier d'un dossier médical personnel.

Le DMP est un service public gratuit qui permet au patient d'obtenir un dossier médical informatisé, stocké chez un hébergeur de données agréé par le ministère en charge de la Santé. Accessible sur Internet, il est conçu comme un ensemble de services permettant au patient et aux professionnels de santé autorisés par les patients, de partager, sous forme électronique, partout et à tout moment, les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP peut ainsi centraliser des informations telles que les antécédents et les allergies, les prescriptions médicamenteuses, les comptes rendus d'hospitalisation et de consultations, ou encore les résultats d'examens complémentaires.

Le choix d'un tel dossier relève du patient qui garde à tout moment la possibilité de le fermer, de supprimer tout ou partie des documents qu'il contient, ou de masquer certaines données de santé. Le DMP respecte les droits des patients (principes de l'information, du consentement et de la confidentialité). Il est strictement réservé au patient et aux professionnels de santé autorisés.

C. DÉPLOIEMENT

Son déploiement repose sur la résolution de problématiques aussi diverses que celles liées à l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information ou à l'organisation des maîtrises d'ouvrage régionales et, plus largement, à l'implication de tous les acteurs concernés.

Le DMP sera donc diffusé progressivement au niveau national, y compris en milieu carcéral où des problématiques spécifiques comme l'accès de la personne détenue à son DMP doivent être préalablement résolues.

DROITS DES PATIENTS DÉTENUS

La prise en charge de la santé des personnes détenues est intégrée au système de santé de droit commun². Les établissements de santé exerçant une mission de service public assurent cette dernière. Les personnes détenues relèvent du droit commun en matière de santé ce qui signifie qu'elles bénéficient de toutes les dispositions en faveur des droits des patients. La qualité et la continuité des soins leurs sont garanties dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. La mise en œuvre de ces droits peut être freinée par les contraintes pénitentiaires et judiciaires, aussi il convient d'être particulièrement vigilant quant à l'exercice de ces droits d'autant que les bénéficiaires sont en situation de vulnérabilité.

I - DROITS S'APPLIQUANT À TOUS

A. INFORMATION (ARTICLE L. 1111-2 DU CSP)

Le Code de la santé publique indique que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables ».

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, la volonté d'une personne de ne pas être informée du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers.

L'information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

L'information est délivrée au cours d'un entretien individuel et doit être claire, loyale et appropriée. En effet, l'information doit être compréhensible et les risques doivent être exposés de façon mesurée sans les diminuer ou les aggraver.

Les informations formalisées dans un dossier médical sont accessibles (Cf. fiche « Dossier médical », Partie 2 ; Cahier I).

L'accès aux informations est modulé dans le cas d'affection psychiatrique³.

La volonté de toute personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave doit être respectée sauf lorsque des tiers sont exposés à des risques de transmission.

² Article 46 de la loi n° 2009-1436, 24 novembre 2009 pénitentiaire, modifiée par l'ordonnance n° 2010-177, 23 février 2010.

³ Article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

B. CONSENTEMENT (ARTICLE L. 1111-4 DU CSP)

Au nom du principe fondamental de l'inviolabilité du corps humain, tout acte médical ou tout traitement exercé sur une personne doit faire l'objet d'un consentement préalable.

De ce fait, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique indique qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il doit être transparent, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et de leurs conséquences éventuelles⁴.

Ce principe supporte deux exceptions que sont l'urgence et l'impossibilité de recueillir le consentement. En effet, en cas d'urgence vitale, les soins sont immédiatement prodigués. Il en est de même en cas d'impossibilité de recueillir le consentement.

C. REFUS DE SOINS (ARTICLE L. 1111-4 DU CSP)

Aux termes de l'article L. 1111.4 du Code de la santé publique : « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

La volonté du patient devant être respectée, le praticien est tenu de respecter ce choix. Il doit informer l'intéressé très précisément des conséquences de ses choix et doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables. Le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable et cette dernière doit être inscrite dans le dossier médical.

Le respect de cette volonté du malade ne fait pas courir au médecin de poursuites pour non-assistance à personne en danger. »

Comme tout autre patient, les personnes détenues bénéficient de toutes les dispositions en faveur des droits des patients ; à ce titre elles ont le droit de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées⁵, d'être informées, le droit au consentement et le droit de refuser les soins.

D. LA PERSONNE DE CONFIANCE (ARTICLE L. 1111.6 DU CSP)

L'article L. 1111.6 du Code de la santé publique dispose que : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

⁴ Ce qui est pris en compte par les juridictions, c'est la compréhension par le patient des modalités selon lesquelles est recueilli son consentement.

⁵ L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

Ce droit s'applique en milieu pénitentiaire. Il est nécessaire que la personne de confiance soit titulaire d'un permis de visite pour qu'elle puisse s'entretenir avec la personne détenue hors de la présence du personnel pénitentiaire (art. 49 de la loi pénitentiaire de 2009). Dans ce cas, l'entretien entre le médecin, la personne détenue et la personne de confiance s'effectue dans un lieu adapté et respectant la confidentialité⁶.

Dans les cas particuliers de la recherche biomédicale, de la recherche de caractéristiques ou d'empreintes génétiques ou encore dans le cadre des droits des malades en fin de vie, si la personne détenue est hors d'état de s'exprimer et qu'une de ces situations est envisagée dans les conditions prévues par la loi, alors l'autorisation sera demandée à la personne de confiance⁷.

E. DIRECTIVES ANTICIPÉES (ARTICLES L. 1111-11 À L. 1111-13 ET R. 1111-17 À R. 1111-20 DU CSP)

Toute personne majeure a la possibilité de rédiger, pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer elle-même sa volonté, des directives anticipées. L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie. Les directives anticipées se présentent sous forme d'un document écrit et authentifiable (elles doivent être datées et signées). Si la personne ne peut les rédiger elle-même, deux témoins, dont la personne de confiance, attestent qu'elles correspondent à la volonté clairement exprimée par la personne.

Elles sont révocables à tout moment. Lorsque des directives anticipées existent, le médecin doit en tenir compte. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. Elles témoignent en effet de la volonté d'une personne, alors que celle-ci était encore apte à l'exprimer et en état de le faire. Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin. Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations exprimées par le patient dans ce document compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution de l'état de l'art médical.

La personne détenue peut conserver ses directives anticipées ou les confier à toute personne de son choix⁸ (en particulier à la personne de confiance si elle est désignée). Si les directives sont confiées à cette personne, il est souhaitable de communiquer au médecin qui prend en charge la personne détenue, les coordonnées de la personne qui détient les directives afin que cela soit mentionné dans le dossier médical.

⁶ Circulaire JUSK1140029C du 20 février 2012, relative à l'application de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 sur le maintien des liens extérieurs.

⁷ Cette faculté est permise pour une prise en charge dans le cadre d'un réseau de santé ou de soins (article D. 6321-3 du CSP), de la recherche biomédicale (article L. 1121-2 du CSP), de recherche des caractéristiques génétiques ou d'empreintes génétiques d'une personne (article L. 1131-1 du CSP), de la fin de vie (article L. 1110-5 du CSP).

⁸ Une personne physique et non une personne morale, par exemple comme une association. En revanche une personne nommément désignée membre d'une association est possible.

II - DROITS S'APPLIQUANT AUX MINEURS ET AUX MAJEURS SOUS TUTELLE

A. INFORMATION

« L'information porte sur les différentes investigations, traitements, ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus. Cette information⁹ est délivrée au cours d'un entretien individuel. » (Art. L. 1111-2 du CSP)

a. Information des représentants légaux (article L. 1111-2 du CSP)

« (...) Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 (...)»¹⁰. qui envisage l'hypothèse où le mineur ne souhaite pas révéler à ses parents son état de santé. »

b. Information des mineurs et majeurs sous tutelle

« Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée, soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leur faculté de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. » (Art. L. 1111-2 alinéa 4 du CSP)

B. CONSENTEMENT (ARTICLE L. 1111-4 DU CSP)

a. Consentement des représentants légaux

Il revient aux détenteurs de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir au traitement médical, même si le consentement de la personne mineure ou majeure sous tutelle capable d'exprimer sa volonté doit être systématiquement recherché.

Par ailleurs, sous réserve des dispositions de l'art. L. 1111-5 du CSP, le médecin, appelé à donner des soins à un mineur, doit prévenir le ou les titulaires de l'autorité parentale ou son représentant légal afin d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires (art. 371-1 du Code civil, art. R. 4127-42 du Code de la santé publique). De la même façon, le médecin délivre les soins qui s'imposent lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'une personne mineure ou majeure sous tutelle risque d'être gravement compromise par le refus du représentant légal.

b. Consentement du mineur ou du majeur sous tutelle

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. » (Art. L. 1111-4 du CSP)

⁹ Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute autorité de santé (HAS) et homologuées par un arrêté du ministre en charge de la Santé.

¹⁰ Article 371-1 du Code civil, article L. 1111-5 du Code de la santé publique, article R. 4127-42 alinéa 1 du Code de la santé publique et l'article D. 362 alinéa 2 du Code de procédure pénale.

En effet, par dérogation¹¹ à l'article 371-2 du Code civil, dans le cas où la personne mineure s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder sa santé.

Le médecin doit s'efforcer dans un premier temps d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. En cas de persistance du refus, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention, à la condition que le mineur soit accompagné d'une personne majeure de son choix.

Dans ce cas, en application des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique, le mineur détenu se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. Celle-ci doit au préalable obtenir des autorités judiciaires ou administratives compétentes, selon que le mineur est prévenu ou condamné, l'autorisation de s'entretenir avec lui, dans le respect de la confidentialité de leurs échanges. Dans le cas où le mineur ne connaîtrait pas de personne majeure susceptible de l'accompagner, les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse relaient sa demande auprès de personnes physiques ou morales extérieures intervenant habituellement auprès de mineurs¹².

III - DROITS SPÉCIFIQUES

A. DROITS DES PERSONNES

a. L'aidant (article R. 57-8-6 du Code de procédure pénale)

La personne détenue se trouvant dans une situation de handicap¹³ telle que durablement empêchée, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elle-même des gestes liés à des soins prescrits par un médecin a le droit de désigner un aidant de son choix.

La personne désignée comme aidant doit y consentir expressément. Si la personne aidant est extérieure, elle devra obtenir l'autorisation d'accès délivrée par le chef d'établissement pénitentiaire.

L'administration pénitentiaire peut s'opposer à la désignation d'un aidant par une décision spécialement motivée notamment en raison de motifs liés à la sécurité des personnes ou au maintien de l'ordre au sein de l'établissement.

b. Participation des personnes détenues aux recherches biomédicales (article L. 1121-6 du CSP et D. 363 du CPP)

Les personnes détenues ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches biomédicales que s'il en est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé.

¹¹ Article L. 1111-5 du Code de la santé publique.

¹² Article D. 362 du Code de procédure pénale.

¹³ Article L. 1111-6-1 du Code de la santé publique : « [...] La personne handicapée et les personnes désignées reçoivent préalablement, de la part d'un professionnel de santé, une éducation et un apprentissage adaptés leur permettant d'acquérir les connaissances et la capacité nécessaires à la pratique de chacun des gestes pour la personne handicapée concernée. Lorsqu'il s'agit de gestes liés à des soins infirmiers, cette éducation et cet apprentissage sont dispensés par un médecin ou un infirmier [...]. »

Les personnes privées de liberté par une décision administrative ou judiciaire et les personnes hospitalisées sans consentement ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches biomédicales que dans les conditions suivantes :

- soit l'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;
- soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes se trouvant dans la même situation à la condition que des recherches d'une efficacité comparables ne puissent être effectuées sur une autre catégorie de la population. Dans cette hypothèse, les risques prévisibles et les contraintes de la recherche doivent présenter un caractère minimal.

Les personnes détenues majeures faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou hors d'état d'exprimer leur consentement sont soumises au même régime (article L. 1121-8 du CSP).

Une attention particulière doit être apportée à l'information des patients et au recueil de leur consentement qui doit être « *libre et éclairé* » et recueilli après que leur aient été délivrées les informations obligatoires (articles L. 1122-1 à L. 1122-2 du CSP).

Le consentement est donné par écrit ou, en cas d'impossibilité, attesté par un tiers. Ce dernier doit être totalement indépendant de l'investigateur et du promoteur de la recherche biomédicale (article L. 1122-1-1 du CSP).

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale (article L. 1122-2 du CSP).

En toute hypothèse, le refus de la personne détenue, qu'elle soit majeure, mineure ou sous tutelle, met fin à la recherche biomédicale.

c. Don des éléments et produits du corps humain (organes, sang et ses composantes, gamètes) (article L. 1211.2 du CSP)

Ce texte de loi s'applique aux personnes détenues. Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement préalable du donneur.

Ce consentement est révocable à tout moment.

Lorsque cette personne est un mineur ou un majeur sous tutelle, l'opposition au prélèvement est exercée par les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur.

Le don d'organe d'une personne détenue à un tiers s'effectue conformément aux règles du droit commun.

Le don du sang est inclus dans ce type de dons.

d. Régime alimentaire (article D. 361 du CPP)

Les personnes détenues malades peuvent bénéficier d'un régime alimentaire particulier sur prescription médicale.

e. Interprétariat

Lorsque les circonstances l'imposent, il peut être utile de recourir à l'interprétariat professionnel, en particulier au regard des exigences de confidentialité.

En effet, la qualité de l'information donnée et son appropriation sont essentielles pour les mesures de suivi médical, d'éducation thérapeutique du patient, de prévention et d'éducation pour la santé.

Les possibilités sont :

- le recours possible à des interprètes professionnels dans le cadre d'une convention pouvant être conclue entre l'établissement de santé de rattachement et un organisme d'interprétariat ;
- le cas échéant, le recours possible à l'association d'interprétariat professionnel (ISM Interprétariat) dans le cadre de la convention conclue avec la Direction générale de la santé (DGS), pour ce qui concerne le VIH, les hépatites et la tuberculose (prévention, dépistage ou prise en charge).

Numéro pouvant être appelé : 01 53 26 52 62. La personne appelant doit préciser l'identification de sa structure de rattachement (établissement de santé). Le sujet doit concerner une des trois pathologies visées par la convention avec la DGS.

B. DROITS S'APPLIQUANT À DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

a. Personnes transsexuelles

1. Contexte

Le transsexualisme est le fait pour une personne d'avoir une identité sexuelle ressentie en conflit avec son sexe biologique de naissance. Cette identité peut s'exprimer dans l'apparence physique par un simple changement de comportement, par des mesures cosmétiques, l'utilisation d'hormones, voire un traitement chirurgical de réassignation de sexe.

Le rapport de la Haute autorité de santé estime qu'il y aurait en France de 40 000 à 60 000 personnes transsexuelles¹⁴. Il recommande d'organiser une offre structurée en réseau autour de centres de références multidisciplinaires et un parcours de soins type.

L'offre de soins repose actuellement sur quelques équipes pluridisciplinaires dans le secteur public hospitalier mais aussi en secteur libéral, sans protocole standardisé. Des réflexions sont en cours au niveau national pour améliorer et structurer cette offre.

En cas d'incarcération, il ressort des difficultés de mise en œuvre des réponses aux besoins spécifiques pour les personnes transsexuelles¹⁵ :

- nécessité d'informations sur les modalités de prise en charge pendant le séjour et à long terme ;
- difficultés de mise en place d'une continuité des soins entrepris à l'extérieur et pour avoir accès à l'offre de soins existante hors des établissements, en particulier pour bénéficier d'un protocole de transformation de genre auprès d'une équipe spécialisée ;
- complexité de la gestion de la détention ;
- stigmatisation fréquemment ressentie.

Ces situations requièrent une bonne articulation entre personnels de santé, personnels pénitentiaires et la PJJ si la personne détenue est mineure.

¹⁴ On inclut dans les personnes transsexuelles les personnes en cours de changement d'identité sexuelle. *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme*, Haute autorité de santé, février 2010, www.has.fr.

¹⁵ Avis du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées. Contrôleur général des lieux de privation de libertés.

2. Gestion de la détention

L'affectation des personnes transsexuelles s'effectue au mieux des intérêts de la personne (encellulement individuel, affectation dans un secteur de détention favorisant la prise en charge des personnes vulnérables, placement à l'isolement) et des impératifs de gestion des établissements pénitentiaires.

Tout au long du parcours de soins, il convient de veiller à la protection de l'intégrité physique et psychique de la personne.

Dans la mesure du possible, il convient de permettre aux personnes transsexuelles l'achat en cantines exceptionnelles¹⁶ de produits (cosmétiques...) ou de vêtements (sous-vêtements) marquant habituellement l'appartenance à un autre sexe que celui de l'état civil. Parmi ces derniers, les produits ostentatoires (maquillage, robes/jupes lorsque la personne évolue en détention hommes par exemple) sont strictement prohibés en dehors de la cellule.

S'agissant des fouilles, les conditions doivent permettre de respecter la dignité de la personne.

3. Recommandations pour la prise en charge médicale

Il convient que les équipes de soins soient sensibilisées à cette problématique et que les équipes et intervenants spécialisés disponibles à l'extérieur leur soient connus, notamment dès qu'ils auront été définis et mis en place à l'issue de la réflexion nationale en cours, afin de pouvoir informer les personnes concernées sur les modalités du parcours de soins (étapes du parcours de soins, prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, prise en charge financière...).

La personne concernée doit pouvoir bénéficier pendant ce parcours de soin d'un accompagnement psychologique adapté.

S'agissant de personnes souvent isolées, l'intervention d'associations spécialisées pour le soutien et l'accompagnement doit être favorisée, dans le respect des contraintes inhérentes à un établissement pénitentiaire.

Dans le cas où cette situation concernerait un mineur, celui-ci peut mobiliser son droit relatif au refus d'informer les détenteurs de l'autorité parentale (article L. 1111-5 du CSP) de son désir de changer d'identité sexuelle.

b. Étrangers malades atteints de pathologies graves

1. Objectif / contexte

Le droit au séjour pour raison médicale, parfois appelé « *régularisation médicale* » est défini par l'article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda)¹⁷.

Ce droit permet l'accès à une carte de séjour « *vie privée et familiale* » avec droit au travail à une personne étrangère « *dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner [pour elle] des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont [elle] est originaire* »¹⁸. La situation régulière ouvre droit à la protection sociale de droit commun et non à l'aide médicale d'État (AME).

¹⁶ Cantines spécifiques soumises à autorisation expresse du chef d'établissement.

¹⁷ Droit initialement inscrit dans la loi n° 98-349 du 11 mai 1998, modifiée par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité. Régime spécifique d'admission au séjour des personnes de nationalité algérienne relevant d'un accord franco-algérien non modifié par la loi de juin 2011 : l'article 6.7° est toujours rédigé selon les termes de la loi de 1998 et fait référence au « *bénéfice effectif des soins* ».

¹⁸ Le décret n° 2011-1049 du 6 septembre 2011 modifiant l'article R. 313-22 du Ceseda et l'arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé constituent les dispositions réglementaires encadrant ce dispositif.

S'agissant des mineurs étrangers isolés détenus qui relèvent de la protection judiciaire de la jeunesse, la circulaire DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 indique qu'ils peuvent être affiliés à la CMU (de base et complémentaire).

Par ailleurs, la loi prévoit, pour ces mêmes raisons d'état de santé, la protection contre les mesures d'éloignement du territoire français (voir point 2.3). La possession d'un titre de séjour pour raison médicale fait également obstacle au prononcé par le juge pénal d'une interdiction du territoire français (art. L. 541-1 du Csesda).

Une personne de nationalité étrangère malade incarcérée peut donc justifier d'une de ces procédures de droit au séjour ou de protection contre l'éloignement du territoire.

Chacune de ces procédures est effectuée auprès de la préfecture et nécessite l'intervention d'un médecin clinicien (voir point 2.1) qui établit sous pli confidentiel un rapport médical détaillé à l'attention du médecin de l'agence régionale de santé (MARS), ou à Paris du médecin chef du service médical de la préfecture de police. Ce dernier adresse alors un avis respectant le secret médical comportant la réponse à quatre questions types, sans aucune information ni sur la pathologie, ni sur les traitements, ni sur la nature des spécialités médicales concernées¹⁹ au préfet qui rend sa décision.

Une instruction récente de la DGS²⁰ actualise les procédures relatives aux étrangers malades, l'enjeu étant d'assurer une instruction rapide, harmonisée et équitable sur l'ensemble des territoires dans le nouveau contexte législatif et organisationnel.

RAPPORT MÉDICAL

- Conformément à l'article R. 313-22 du Csesda, une unique pièce médicale accompagne la demande d'admission au séjour pour raison médicale : un rapport médical détaillé (qui peut inclure résultats d'examens complémentaires), sous pli confidentiel, portant la mention « *secret médical* », rédigé soit par un médecin agréé soit par un praticien hospitalier, à l'attention exclusive du médecin de l'agence régionale de santé (ARS) compétente ou, à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police.
- Ce rapport médical doit préciser le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution.
- Les informations relatives à l'état de santé et à la prise en charge de l'étranger doivent figurer de manière détaillée dans ce rapport médical sous pli confidentiel à l'attention de l'autorité sanitaire et n'ont pas à être portées à la connaissance des autorités administratives.

2. Aspects spécifiques au milieu carcéral

2.1 Les médecins compétents

En pratique, si une personne étrangère malade, en situation irrégulière ou en situation de renouvellement de son titre de séjour, est incarcérée dans un établissement pénitentiaire, il appartient au médecin de l'unité

sanitaire de proposer cette procédure et de prendre attache avec le SPIP pour l'informer de l'existence d'une pathologie pouvant fonder son droit à un titre de séjour (L. 313-11 11° du Csesda), et faire obstacle à son éloignement du territoire français (voir point 2.3).

Le SPIP est garant de la mise en œuvre de la procédure si la personne étrangère malade souhaite l'enclencher. Dans le cadre de son évaluation, le SPIP peut prendre attache et/ou orienter la personne vers le point d'accès au droit (PAD) ou le partenaire associatif spécialisé le plus pertinent, et ce, afin de réaliser les démarches utiles et nécessaires. Le SPIP pourra fournir les éléments relatifs à la situation pénale et administrative.

Une fois les divers éléments recueillis, les services sanitaires et le SPIP évaluent en collaboration l'opportunité de saisir les services compétents à la préfecture de rattachement.

Ce processus doit être enclenché dans les délais les plus brefs afin de garantir le respect de la procédure décrite dans l'instruction récente de la DGS, c'est-à-dire qu'elle doit s'opérer pendant le temps de détention.

Solliciter la délivrance ou le renouvellement d'un titre de séjour depuis un établissement pénitentiaire est indispensable pour permettre la continuité des soins à la sortie.

Cette information doit être fournie suffisamment longtemps avant l'issue de l'incarcération pour que la procédure décrite dans l'instruction récente de la DGS soit mise en œuvre pendant la détention.

Il appartient à la personne de constituer un dossier et de le déposer en préfecture. Ce dossier doit comporter conjointement le rapport médical sous pli confidentiel.

Il peut être utile de contacter des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes migrantes. Le rapport médical sera établi par un praticien hospitalier assurant les soins dans l'établissement pénitentiaire.

En fonction de l'organisation locale retenue entre services de la préfecture et ARS, ce rapport est soit joint au dossier de demande de maintien sur le territoire posé auprès du service de la préfecture (sous pli médical confidentiel à l'attention du MARS), soit adressé directement au MARS.

Celui-ci doit identifier clairement les médecins chargés d'émettre les avis médicaux dans les services de l'ARS.

2.2 Coordination unité sanitaire/centre de rétention administrative

Les centres de rétention administrative (CRA)²¹ peuvent être amenés à recevoir des personnes venant d'établissement pénitentiaire. Une liaison entre les équipes médicales de l'établissement pénitentiaire et du centre de rétention doit être organisée afin de faciliter l'échange d'informations permettant une bonne prise en charge de ces personnes et, le cas échéant, permettre d'établir le rapport médical nécessaire à cette procédure. Il est primordial dans le cas où deux médecins sont saisis pour un même dossier, qu'une transmission soit réalisée afin d'éviter toute contradiction pouvant être préjudiciable à la personne.

Dans la situation d'une personne placée en CRA, l'ARS compétente est celle du territoire du CRA.

En cas de transfert d'une personne détenue en rétention, si le médecin de l'ARS du lieu de détention a été saisi et a rendu un avis, il y a tout lieu d'en informer le médecin du CRA.

Si l'avis n'est pas rendu pendant l'incarcération, le médecin du CRA saisira l'ARS compétente sur son territoire.

¹⁹ Conformément à l'article 4 de l'arrêté du 9 novembre 2011 :

- l'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- quelle est la durée prévisible de cette prise en charge médicale ?
- le défaut de cette prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé ?
- existe-t-il, dans le pays dont l'étranger est originaire, un traitement approprié permettant d'assurer sa prise en charge ?

²⁰ Instruction n° DGS/MC1/R12/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves (lien Internet : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/11/cir_34054.pdf).

²¹ Un étranger placé en centre de rétention administrative en vue de son éloignement du territoire français peut invoquer son état de santé pour bénéficier des dispositions des articles L. 511-4 10°, L. 521-3 5° ou L. 541-1 du Csesda, ou bien, subsidiairement, l'impossibilité où il se trouve pour des raisons médicales d'utiliser le moyen de transport prévu (en particulier l'avion). Dans ce cas, compte tenu de l'urgence, il sera examiné par un praticien hospitalier de l'établissement public de santé ayant passé convention avec le centre de rétention, selon les mêmes modalités que précédemment. Au vu de l'avis du médecin de l'agence régionale de santé du lieu où est situé le centre de rétention, le préfet se prononce sur les possibilités d'éloignement de l'étranger.

2.3 Procédures particulières en cas de mesure d'éloignement

Il peut arriver qu'une personne étrangère malade incarcérée fasse l'objet d'une mesure d'éloignement. Son état de santé pourra alors également justifier l'intervention d'un médecin pour la rédaction d'un rapport médical ou d'un certificat médical permettant de garantir sa protection contre l'exécution de cette mesure.

- En cas de mesure d'éloignement administrative notifiée en détention et encore susceptible d'un recours devant le tribunal administratif²², l'étranger malade est protégé par l'article L. 511-4 10° (OQTF ou APRF) et l'article L. 521-3 5° (arrêté d'expulsion). Le médecin sera alors sollicité pour rédiger un **certificat médical** pédagogique à l'attention du juge administratif qui lèvera, si le patient en est d'accord, le secret médical (Cf. p. 386 à 388 du guide pratique destiné aux professionnels intitulé *Migrants/étrangers en situation précaire – Prise en charge médico-psychosociale*, réalisé par le Comede).
- En cas d'arrêté d'expulsion devenu définitif ou d'interdiction judiciaire du territoire français (ITF), l'étranger malade est protégé par l'article L. 521-3 5° (arrêté d'expulsion) et L. 541-1 (ITF) du Ceseda ; il peut former une demande d'abrogation (arrêté d'expulsion) ou une requête en relèvement (ITF) ; le médecin sera alors sollicité pour rédiger un **rapport médical détaillé sous pli confidentiel** portant la mention « *secret médical* » à l'attention exclusive du médecin de l'agence régionale de santé (ARS) compétente ou, à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police.

Dans ces hypothèses et en cas de fin d'incarcération relativement prochaine (lorsque la décision administrative sur la demande d'abrogation ou l'audiencement par le parquet de la requête en relèvement risque d'intervenir après la sortie de prison), l'étranger malade peut solliciter son assignation à résidence auprès de l'administration (article L. 523-4 du Ceseda) : le médecin sera de nouveau sollicité pour rédiger un **rapport médical détaillé sous pli confidentiel** portant la mention « *secret médical* », à l'attention exclusive du médecin de l'agence régionale de santé (ARS) compétente ou, à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police.

Si l'état de santé de l'étranger ne lui permet pas de voyager sans risque vers son pays d'origine, le médecin l'indiquera dans son certificat médical ou son rapport médical.

²² Le délai de recours au tribunal administratif est de 48 heures contre les APRF (arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière), d'un mois et parfois 48 heures contre les OQTF (obligation de quitter le territoire français), et de deux mois contre les arrêtés d'expulsion.

AMÉNAGEMENTS DE PEINE

Le médecin peut être amené à délivrer, à la demande de la personne détenue, des certificats lui permettant d'accéder, pour raisons de santé, à diverses mesures d'aménagement de peine et à la mesure de grâce présidentielle.

Les mesures d'aménagement sont accordées, ajournées ou refusées à l'issue du débat contradictoire tenu en chambre du conseil après avis du représentant de l'administration pénitentiaire, réquisitions du ministère public et observations de la personne condamnée ainsi que, le cas échéant, de son avocat (art. 712-6 du CPP).

S'agissant des mineurs qui peuvent bénéficier de l'ensemble des aménagements de peines prévus pour les majeurs, le service de la PJJ qui suit le mineur transmet au magistrat un rapport circonstancié comportant son avis (art. D. 49-61 CPP).

Le juge d'application des peines, ou le juge des enfants s'il s'agit d'un mineur, n'est toutefois plus tenu de statuer à la suite d'un débat contradictoire pour octroyer une telle mesure dès lors qu'il a reçu l'accord de la personne condamnée ou de son avocat et du parquet en vertu de l'article 712-6 alinéa 2 du CPP.

En cause d'appel, la personne condamnée n'est pas entendue par la chambre de l'application des peines, sauf si celle-ci en décide autrement.

NB : Pour les personnes condamnées mineures, les juridictions des mineurs exercent les attributions prévues pour les majeurs : le juge des enfants pour le juge de l'application des peines, la chambre spéciale des mineurs pour la chambre de l'application des peines.

I - PERMISSION DE SORTIR (ART. 723-3 ET D. 142 À D. 147 DU CPP)

Elle autorise la personne détenue à s'absenter d'un établissement pénitentiaire pour se rendre en un lieu situé sur le territoire national pendant une période de temps déterminée qui s'impute sur la durée de la peine en cours d'exécution.

Elle peut être accordée à la personne condamnée admis au régime de la semi-liberté, bénéficiant d'un placement à l'extérieur ou d'un placement sous surveillance électronique.

La permission de sortir peut être accordée pour une durée d'une ou plusieurs journées. Elle peut être accordée aux personnes détenues pour se présenter par exemple dans un centre de soins, à un employeur éventuel, aux épreuves d'un examen, accomplir toute formalité requise par l'autorité militaire, la pratique d'activités culturelles ou sportives organisées, la comparution devant une juridiction de l'ordre judiciaire ou devant une juridiction ou un organisme de l'ordre administratif, l'exercice par la personne condamnée de son droit de vote, etc.

Une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l'intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de 15 ans.

NB: Il existe aussi une autorisation de sortie sous escorte (articles 148-5, 723-6 et D. 425 du CPP). L'autorisation de sortie sous escorte (de police, de gendarmerie ou pénitentiaire) est une mesure exceptionnelle accordée par les autorités judiciaires à la personne détenue qu'elle soit prévenue ou condamnée pour se rendre, par exemple, aux obsèques d'un proche.

II - AMÉNAGEMENT DE PEINE ET GRÂCE PRÉSIDENTIELLE

A. FRACTIONNEMENT ET SUSPENSION DE PEINE (ART. 132-27 DU CPP ET ART. 720-1 ET 720-2 DU CPP)

Il existe deux types de suspension de peine : la suspension de peine de droit commun (article 720-1 du CPP) et la suspension de peine pour les personnes condamnées dont l'état de santé est incompatible avec leur maintien en détention (article 720-1-1 du CPP, introduit par la loi du 4 mars 2002). Les deux régimes de suspension diffèrent quant aux conditions du prononcé de la mesure et quant à la durée de celle-ci.

a. Fractionnement et suspension de peine pour raison médicale (art. 720-1 du CPP)

L'exécution d'une peine peut être suspendue provisoirement ou fractionnée pour des motifs d'ordre médical, familial, professionnel ou social.

Le fractionnement d'une peine permet à la personne condamnée d'exécuter sa peine sous forme de fractions, tandis que la suspension d'une peine permet de différer dans le temps l'exécution de sa peine.

Dans le cas d'une peine correctionnelle d'une durée de deux ans au plus, le fractionnement peut être ordonné dès l'origine par la juridiction de jugement.

À défaut, une suspension ou un fractionnement peuvent être octroyés ultérieurement par le juge de l'application des peines ou le juge des enfants à toute personne condamnée à une peine d'emprisonnement en matière correctionnelle dont le reliquat de peine restant à subir est inférieur ou égal à deux ans.

Sont donc exclues du bénéfice d'une telle mesure les personnes condamnées à une peine criminelle et les personnes condamnées dont la période de sûreté est en cours.

Une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l'intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de 15 ans.

b. Suspension de peine pour raison médicale (article 720-1-1 du CPP)

L'article 720-1-1 du CPP introduit par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoit aussi la suspension de peine pour raison médicale.

Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les personnes condamnées dont il est établi qu'elles sont atteintes d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux. Elle est possible même si la période de sûreté assortissant éventuellement la condamnation n'est pas encore échu.

La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que la personne condamnée se trouve atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention. Toutefois, en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, la suspension peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est prise en charge la personne détenue, ou son remplaçant.

Selon le reliquat de peine restant à subir, cette suspension est ordonnée soit par le juge de l'application des peines soit par le tribunal d'application des peines.

Le juge de l'application des peines ou le juge des enfants peut à tout moment ordonner une expertise médicale à l'égard d'une personne condamnée ayant bénéficié d'une mesure de suspension de peine et ordonner qu'il soit mis fin à la suspension si les conditions de celle-ci ne sont plus remplies. Il en est de même si la personne condamnée ne respecte pas les obligations qui lui ont été imposées.

Une expertise psychiatrique préalable est normalement nécessaire dans le cas où l'intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de 15 ans. Toutefois, en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé au vu d'un certificat médical, l'expertise peut, avec l'accord du procureur de la République, ne pas être ordonnée. Si la suspension de peine a été ordonnée pour une condamnation prononcée en matière criminelle, une expertise médicale destinée à vérifier que les conditions de la suspension sont toujours remplies doit intervenir tous les six mois. La suspension de peine pour raison médicale a pour effet d'interrompre l'exécution de la peine. La date de fin de peine sera repoussée d'une durée égale à celle de la suspension (D. 149-1 du CPP).

La circulaire DHOS/DGS/DAP n° 2003/440 du 24 juillet 2003 définit le rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la mesure de suspension de peine pour raison médicale²³. Elle précise que le médecin traitant de la personne condamnée (médecin de l'UCSA ou médecin du service hospitalier) envisage avec la personne détenue la possibilité d'une suspension de peine pour raison médicale dès lors qu'elle estime que son état de santé est tel qu'elle pourrait bénéficier de cette mesure.

²³ Lien Internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-39/a0393055.htm>

Elle recense trois cas à prendre en compte :

- lorsque la personne détenue manifeste la volonté d'engager la procédure, le médecin informe la personne détenue de la gravité de son état et de ses droits et lui remet un certificat médical descriptif ;
- lorsque la personne détenue refuse d'engager la procédure, le médecin lui remet néanmoins un certificat médical descriptif. Un soutien psychologique et un accompagnement doivent lui être proposés. Le médecin avise le chef d'établissement pénitentiaire ;
- lorsque la personne détenue est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin remet un certificat médical descriptif, sans élément diagnostic, à la famille, aux proches ou à la personne de confiance. Il avise le chef d'établissement pénitentiaire.

S'agissant de mineurs, le médecin traitant de la personne condamnée propose la suspension de peine avec les titulaires de l'autorité parentale (Cf. fiche « *Droits des patients* »).

B. PLACEMENT À L'EXTÉRIEUR (ART. 132-25 ET 132-26 DU CODE PÉNAL ; ART. 723, 723-1, 723-2, 723-4, D. 118 À D. 136 DU CPP)

Le placement à l'extérieur permet à une personne condamnée soit de travailler à l'extérieur, soit d'y suivre un enseignement, une formation professionnelle, de rechercher de manière assidue un emploi, de s'impliquer durablement dans tout projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion ou de suivre un traitement médical, et ce, sous ou sans surveillance continue du personnel pénitentiaire.

Le placement à l'extérieur peut être prononcé par le juge d'application des peines ou le juge des enfants au bénéfice des personnes condamnées dont la durée de la peine d'emprisonnement à exécuter ou restant à exécuter est inférieure ou égale à deux ans, ou un an en cas de récidive légale. Il peut également être prononcé à titre probatoire, sous certaines conditions, avant une libération conditionnelle par le tribunal d'application des peines ou le juge d'application des peines.

Une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l'intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de 15 ans.

C. SEMI-LIBERTÉ (ART. 132-25 ET 132-26 DU CODE PÉNAL ; ART. 723, 723-1, D. 49-1, D. 137, D. 138 DU CPP)

La semi-liberté est un aménagement de la peine spécifique permettant à une personne condamnée de rester sans surveillance continue hors d'un établissement, le temps nécessaire pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation professionnelle, assurer une participation essentielle à la vie de sa famille, rechercher de manière assidue un emploi, s'impliquer durablement dans tout projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion ou bénéficier d'un traitement médical.

La semi-liberté peut être prononcée par le juge d'application des peines ou le juge des enfants au bénéfice des personnes condamnées dont la durée de la peine d'emprisonnement à exécuter ou restant à exécuter est inférieure ou égale à deux ans, ou un an en cas de récidive légale.

Elle peut également être prononcée à titre probatoire avant une libération conditionnelle par le tribunal d'application des peines ou le juge d'application des peines.

Une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l'intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de 15 ans.

Le semi-libre est astreint à rejoindre l'établissement pénitentiaire selon les modalités déterminées par le juge de l'application des peines ou le DFSP, ou le juge des enfants en fonction du temps nécessaire à l'activité en vue de laquelle il a été admis au régime de la semi-liberté (articles 132-25 et 132-26 du CP, art. 723 et suivants du CPP).

D. PLACEMENT SOUS SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE (ART. 132-26-1 À 132-26-3 DU CP, ART. 723-7 À 723-13 DU CPP)

Le placement sous surveillance électronique fixe comporte pour la personne condamnée l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge de l'application des peines ou le juge des enfants, en dehors des périodes fixées par celui-ci afin que la personne condamnée puisse suivre une activité professionnelle, un enseignement ou une formation, participer à la vie de sa famille, rechercher de manière assidue un emploi, s'impliquer durablement dans tout projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion ou suivre un traitement médical.

Le placement sous surveillance électronique peut être prononcé par le juge d'application des peines ou le juge des enfants au bénéfice des personnes condamnées dont la durée de la peine d'emprisonnement à exécuter ou restant à exécuter est inférieure ou égale à deux ans, ou un an en cas de récidive légale. Il peut également être prononcé, sous certaines conditions, à titre probatoire avant une libération conditionnelle par le tribunal d'application des peines ou le juge d'application des peines.

Une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l'intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de 15 ans.

NB : Depuis le 1^{er} janvier 2011, les personnes condamnées à une peine inférieure ou égale à cinq ans et auxquelles il reste un reliquat de peine de quatre mois d'emprisonnement à effectuer peuvent, sous certaines conditions, sur proposition du DFSP et après accord du procureur de la République bénéficier d'une surveillance électronique de fin de peine (SEFIP).

NB : Il ne faut pas confondre le placement sous surveillance électronique (PSE) fixe avec le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) qui est une mesure non autonome de sûreté qui consiste, à la libération de certaines personnes condamnées dangereuses, à les soumettre au port continu d'un dispositif électronique permettant de les localiser et de déterminer à tout moment où elles se trouvent (art. R. 61-21 et suivants du CPP). Le PSEM se distingue du placement sous surveillance électronique « fixe » (PSE), qui consiste à assigner une personne en un lieu précis, à des temps déterminés.

E. LIBÉRATION CONDITIONNELLE (ART. 729 À 733, D. 522 À D. 542 DU CPP)

La libération conditionnelle est une mesure d'individualisation de la peine qui permet à une personne condamnée d'être libérée, avant le terme de sa peine, en bénéficiant de mesures d'aide et de contrôle.

Les personnes condamnées ayant exécutées la moitié de leur peine ou les deux tiers en cas de récidive légale, peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle si elles manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale et lorsqu'elles justifient de la nécessité de suivre un traitement médical, de l'exercice d'une activité professionnelle, d'un enseignement ou d'une formation, de la participation essentielle à la vie de leur famille, de leurs efforts en vue d'indemniser leurs victimes ou de leur implication dans tout autre projet sérieux d'insertion ou de réinsertion.

La libération conditionnelle peut également être accordée pour toute personne condamnée à une peine privative de liberté inférieure ou égale à quatre ans, ou pour laquelle la durée de la peine restant à subir est inférieure ou égale à quatre ans, lorsque cette personne condamnée exerce l'autorité parentale sur un enfant de moins de 10 ans ayant chez ce parent sa résidence habituelle, à condition toutefois de ne pas avoir été condamnée pour un crime ou pour un délit commis sur un mineur ou pour une infraction commise en état de récidive légale.

Depuis la loi du 24 novembre 2009, la libération conditionnelle peut être accordée à une personne condamnée âgée de plus de 70 ans, sans condition de durée, si son insertion ou sa réinsertion est assurée, et si elle ne présente ni « *risque grave de renouvellement de l'infraction* » ni si cette « *libération est susceptible de causer un trouble grave à l'ordre public* ».

Quel que soit le motif de la libération conditionnelle, une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l'intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de 15 ans.

Pour certaines personnes condamnées, outre cette expertise, sont obligatoires une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité ainsi que l'avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté.

Enfin, la libération conditionnelle ne peut être accordée aux personnes condamnées pour crime ou délit pour lequel un suivi socio-judiciaire est encouru et qui refusent, pendant leur incarcération, de suivre le traitement proposé par le juge de l'application des peines.

F. GRÂCE PRÉSIDENTIELLE (ART. 133-7 DU CODE PÉNAL)

La grâce présidentielle n'est pas à proprement parler une mesure d'aménagement de peine. La grâce est une décision du président de la République qui dispense une personne condamnée de l'exécution de tout ou partie de sa peine. Elle peut être collective ou individuelle. Exceptionnelle, permettant d'avancer la date de fin d'une peine, et par là, la durée de la période de sûreté, elle peut être le dernier recours de celui qui, gravement malade, n'entrerait pas dans les conditions des mesures énumérées ci-dessus.

CAHIER I

DÉONTOLOGIE ET RÉGLEMENTATION

DROIT APPLICABLE AUX PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES ET AUX CONDITIONS D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

P. 103 > 112

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

Les missions imparties au service public visent une prise en charge globale des personnes détenues, afin de leur permettre d'accéder à une qualité et une continuité des soins équivalente à celle dont dispose l'ensemble de la population.

I - PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Les soins en milieu pénitentiaire sont assurés au sein des unités sanitaires (UCSA/SMPR).

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

Ainsi l'article L. 5126-9 du Code de la santé publique précise que les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires bénéficient des services des PUI des établissements de santé qui assurent les missions de service public (soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire) mentionnées à l'article L. 6112-1 du CSP.

L'ensemble des dispositions relatives aux autorisations, missions, fonctionnement et gérance des PUI définies dans le Code de la santé publique sont applicables aux établissements pénitentiaires (articles R. 5126-1 à R. 5126-47 et R. 6111-10 du CSP), arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, arrêté relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière (22 juin 2001).

Certaines de ces dispositions sont rappelées ci-après.

A. OBLIGATIONS GÉNÉRALES DE LA PUI D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La PUI de l'établissement de santé dispose de locaux, de moyens en personnel, de moyens en équipements et d'un système d'information leur permettant d'assurer l'ensemble des missions qui lui sont confiées notamment les missions de gestion, d'approvisionnement, de contrôle, de détention et de dispensation des médicaments ainsi que des dispositifs médicaux stériles (article R. 5126-8 du CSP).

La gérance d'une PUI est assurée par un pharmacien qui est alors responsable des activités prévues et autorisées pour cette pharmacie (article L. 5126-5 du CSP).

B. SPÉCIFICITÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

La conception, la superficie, l'aménagement et l'agencement des locaux de la PUI sont adaptés au milieu pénitentiaire et doivent être individualisés et identifiés. Ainsi, les locaux sont d'accès facilité et sécurisé pour permettre la livraison et la réception des produits et le respect des conditions de conservation doit être garanti.

Deux possibilités sont déclinées selon que la dispensation individuelle nominative est externe, c'est-à-dire réalisée dans la PUI de l'établissement hospitalier de rattachement, ou interne, c'est-à-dire qu'elle est réalisée au sein d'un site d'implantation de la PUI dans l'établissement pénitentiaire :

- dispensation individuelle nominative réalisée par une équipe pharmaceutique au sein de la PUI de l'établissement hospitalier de rattachement puis acheminement des chariots vers l'établissement pénitentiaire ;
- dispensation individuelle nominative réalisée par une équipe pharmaceutique au sein du site d'implantation de la PUI. Ce site est rattaché à la PUI de l'établissement hospitalier, et placé au sein de l'unité de soins de rattachement. Son accès est réservé au personnel de la PUI. Les PUI ne peuvent fonctionner sur chacun de leurs sites d'implantation, c'est-à-dire dans chaque établissement pénitentiaire, qu'en présence du pharmacien chargé de la gérance ou de son remplaçant ou d'un pharmacien adjoint exerçant dans cette pharmacie (article R. 5126-14 du CSP). Le site d'implantation de la PUI sera de préférence unique au sein de l'établissement pénitentiaire.

Dans tous les cas, une dotation adaptée pour les besoins urgents, dont l'accès est réservé à l'usage du personnel soignant, est prévue. Une procédure concernant le personnel autorisé et le mode opératoire est établie. Celle-ci doit être révisée périodiquement en tenant compte des besoins et laissée à la connaissance du personnel concerné.

Les pharmaciens qui exercent la gérance d'une PUI implantée dans un établissement pénitentiaire doivent avoir fait l'objet d'une habilitation personnelle dans les conditions prévues par le Code de procédure pénale (article R. 5126-30 du CSP).

II - CIRCUIT DU MÉDICAMENT EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

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

L'article R. 6111-10 du CSP (décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé) précise que la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés élabore un programme d'actions en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

Les établissements de santé disposent d'un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce système de management de la qualité s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement. L'informatisation du circuit du médicament est un levier essentiel de sécurisation (article 3 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse).

A. PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS

a. Obligations générales

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

La prescription de médicament est rédigée après examen du patient détenu, sur une ordonnance et indique lisiblement :

- le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur telle que défini à l'article R. 5121-91 du Code de la santé publique, son identifiant lorsqu'il existe, nom, adresse de l'établissement et coordonnées téléphoniques et électroniques auxquelles il peut être contacté, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'administration et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- la durée de traitement ;
- les nom et prénom, le sexe, l'âge du malade, sa taille et son poids.

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

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

En règle générale, les prescriptions sont établies conformément à la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement (livret thérapeutique). Cette liste est établie notamment dans un environnement de dialogue et de concertation entre professionnels concernés.

b. Spécificités en milieu pénitentiaire

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

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

Les prescriptions effectuées pendant la détention sont des éléments du dossier du patient, donc soumises aux règles de confidentialité. Les ordonnances font l'objet d'un archivage.

Par ailleurs, le médecin remet à la personne détenue un double de sa prescription.

Les règles générales de prescription doivent être respectées lors des transferts de patients.

B. DISPENSATION ET ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

a. Généralités

La dispensation est réalisée conformément à l'article R. 4235-48 du Code de la santé publique selon les principes suivants :

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

1° l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

2° la préparation éventuelle des doses à administrer ;

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

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

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

Ainsi, elle peut être réalisée par le personnel infirmier conformément à l'article R. 4311-7 du Code de la santé publique (CSP) ou par certains prescripteurs (article L. 4161-1 du CSP). L'administration des médicaments nécessite la vérification :

- de l'identité du patient et des médicaments à administrer, au regard de la prescription médicale ;
- de la date de péremption des médicaments et leur aspect ;
- du mode d'administration.

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

b. Spécificités en milieu pénitentiaire

1. Dispensation et administration

- L'établissement public de santé dispense en milieu pénitentiaire des soins aux personnes détenues dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation. Il assure la fourniture et le transport des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant de la PUI de l'établissement de santé (art. R. 6112-19 du CSP).

- Une PUI peut avoir en charge la dispensation des médicaments pour une ou plusieurs unités sanitaires.
- La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée et quotidienne, pluriquotidienne, hebdomadaire, plurihebdomadaire, mensuelle ou plurimensuelle.
- Les modalités de ces étapes sont établies en fonction de la nature du produit, du profil du patient (risque suicidaire...), mais aussi de son environnement (codétenu...).
- De même les interruptions de traitement sont effectivement des situations à envisager (comme en milieu libre) et relèvent de la vigilance et des échanges entre personnels de santé et pénitentiaires.
- Une attention particulière doit être portée à la continuité des traitements y compris les week-ends et jours fériés.

2. Distribution

- Selon le type d'établissement et son organisation, le patient détenu pourra prendre son traitement soit au sein des unités sanitaires (UCSA, SMPR), soit en détention, y compris dans les quartiers disciplinaires et d'isolement.
- Lorsque la distribution des médicaments s'effectue en détention, le personnel infirmier ou le préparateur est accompagné d'un surveillant. Les horaires de ces distributions doivent être réfléchis avec les directions des établissements pénitentiaires afin d'assurer le maximum de sécurité pour les personnels soignants et de permettre une distribution répondant aux bonnes pratiques, notamment une remise en main propre du pilulier, et une distribution lorsque les portes des cellules sont fermées afin d'éviter tout rassemblement autour du chariot. Aucun traitement ne doit être laissé dans une cellule en l'absence du patient destinataire.
- L'administration pénitentiaire doit également veiller à ce que tous les changements de cellules soient portés à la connaissance du personnel sanitaire organisant la dispensation et l'administration des médicaments.

3. Recommandations plus générales

- La surveillance thérapeutique de la personne détenue (bénéfices rendus et effets indésirables) doit être établie par le prescripteur. Le dossier du patient doit être mis à jour en conséquence.
- Une information sur le traitement est délivrée à la personne détenue sous forme adaptée et, le cas échéant, une éducation thérapeutique est mise en œuvre, notamment dans les cas de pathologies chroniques.
- Les dispositions concernant les médicaments classés comme stupéfiants sont définies dans l'arrêté du 6 avril 2011 (article 14). Cet article précise notamment que les médicaments classés comme stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Des mesures particulières de sécurité contre toute effraction sont prévues.

C. DÉTENTION DES MÉDICAMENTS EN CELLULE

Dans un souci de responsabilisation des personnes détenues au regard des soins et des traitements qui leur sont dispensés, l'article D. 273 *al* 3 du CPP prévoit qu'une personne détenue peut garder à sa disposition en cellule des médicaments, des matériels et des appareillages médicaux, selon les modalités prescrites par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

Si pour des raisons d'ordre et de sécurité, le chef d'établissement pénitentiaire s'oppose à ce qu'une personne détenue détienne des médicaments en cellule, il doit prendre une décision individuelle et motivée et en informer immédiatement le médecin responsable de l'unité de soins de rattachement (article D. 273 du CPP).

Tous stocks de médicaments trouvés par l'administration pénitentiaire durant les fouilles doivent être transmis aux services médicaux, qui reçoivent, si nécessaire, la personne détenue pour la sensibiliser au risque encouru par le mésusage des substances médicamenteuses.

D. STOCKAGE ET TRANSPORT DES MÉDICAMENTS

Conformément au droit commun, les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires, ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité et des conditions de conservation garantissant l'intégrité du médicament (article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011). En milieu pénitentiaire, ces locaux correspondent aux unités sanitaires.

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

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

L'établissement pénitentiaire doit faire en sorte de permettre une identification claire des locaux qui relèvent de la PUI et ceux qui relèvent de l'unité sanitaire. Une séparation doit être prévue entre le local à pharmacie et les personnes détenues.

Tout transport de médicaments entre la pharmacie à usage intérieur et les unités de soins de rattachement doit se faire dans des conditions d'hygiène et de sécurité permettant notamment de respecter le maintien des températures pour les produits thermosensibles, de garantir la sécurité par tout système de fermeture approprié et d'assurer un transport rapide pour les besoins urgents et les produits à faible stabilité. Le responsable du transport des médicaments entre la PUI et ces unités est identifié.

E. SURVEILLANCE DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Conformément au droit commun dans le cadre d'une prise en charge médicamenteuse, les dispositions relatives aux déclarations incluent notamment :

- la pharmacovigilance (articles R. 5121-150 à R. 5121-201 du Code de la santé publique) ;
- la pharmacodépendance (articles R. 5132-97 à R. 5132-116 du Code de la santé publique) ;
- le signalement des erreurs médicamenteuses au guichet erreurs médicamenteuses de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;
- la matériovigilance (articles R. 5212-1 à R. 5212-42 du Code de la santé publique) ;
- les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux (article L. 1414-3-3 du Code de la santé publique), démarche volontaire des médecins et des équipes médicales exerçant en établissement de santé dans le cadre de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE ET SÉCURITÉ SANITAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

I - MESURES D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

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

A. INSTANCES

a. Instances décisionnelles

La loi HPST a modifié les règles d'organisation.

Le CLIN n'est plus une instance obligatoire, le principal acteur est désormais la commission médicale d'établissement (CME).

Le programme d'actions de lutte contre les événements indésirables associés aux soins est arrêté par le représentant légal de l'établissement après concertation avec le président de la CME.

Ce programme comprend un volet relatif aux mesures à mettre en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales¹.

b. Instances opérationnelles

1. Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)

Chaque établissement de santé se dote d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) chargée de mettre en œuvre et d'évaluer ce programme d'actions². L'unité sanitaire, en tant qu'unité de soins déportée, doit pouvoir bénéficier, comme chacun des services, des missions de l'EOH.

¹ Art. R. 6111-1 du CSP, décret 2010-1408 du 12 novembre 2010.

² Art R. 6111-7 et 8 du CSP, circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000.

2. Les référents d'hygiène hospitalière³

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

B. MISSIONS ET ACTIONS

• De l'EOH

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

• Des référents d'hygiène hospitalière

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

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

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

A. ACTEURS

a. Comité interministériel de coordination de la santé

Art. D. 348.3 du CPP :

« Le comité interministériel est chargé d'examiner les conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires. »

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

b. Igas et ARS**Art. D. 348-1 du CPP :**

« L'Inspection générale des affaires sociales et les services des agences régionales de santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des personnes détenues et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires.

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

c. Médecin coordonnateur de l'unité sanitaire**Art. D. 380 du CPP :**

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

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

B. TRAITEMENT DES DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS**Art. R. 6112-19 du CSP :**

« L'établissement public de santé de référence assure l'élimination des déchets hospitaliers. »

Les coûts de transport liés à l'élimination des déchets ménagers ou assimilables sont à la charge de l'administration pénitentiaire.

CAHIER II

ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

P. 113 > 132

MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

I - SOINS AUX PERSONNES DÉTENUES : MISSION DE SERVICE PUBLIC (MSP)

Les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier, constituent l'une des 14 missions de services publics (MSP) définies par la loi « *Hôpital, patient, santé et territoire* » (HPST) (12° article L. 6112-1 du Code de la santé publique).

Les MSP sont attribuées par les agences régionales de santé et peuvent être confiées à tout établissement de santé. Pour chaque MSP, les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS-PRS) devront établir un inventaire des établissements assurant ces missions (art. R. 1434-4-1) et évaluer le besoin à couvrir pour chaque mission.

Sur cette base, les établissements assurant ces missions depuis le 22 juillet 2009 et continuant de les assurer dans les conditions définies réglementairement, feront l'objet d'une reconnaissance prioritaire (article L. 6112-2 ainsi que l'article 4 du décret relatif aux missions de service public).

Si le directeur général d'ARS constate, après confrontation des prescriptions du SROS et des établissements reconnus prioritaires, qu'une ou plusieurs missions ne sont pas assurées, il ouvrira une procédure d'appel à candidature.

En cas d'échec de la procédure d'appel à candidature, la désignation pourra être prononcée unilatéralement par le DG ARS.

Il convient de souligner que l'attribution de mission, qu'elle soit le fruit d'une reconnaissance prioritaire ou d'un appel à candidature, pourra faire l'objet d'un renouvellement dans la limite du besoin à couvrir (http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-08/ste_20110008_0100_0128.pdf).

Les MSP figurent également dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement de santé qui les assure.

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

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

L'organisation interne des établissements de santé est fondée sur la définition de pôles d'activité dirigés par des chefs de pôles.

Les pôles d'activité créés au sein de l'établissement de santé peuvent être composés de structures internes dont l'appellation est libre : « *services* », « *unités fonctionnelles* », « *instituts* » ou « *départements* ».

Une unité de soins prenant en charge des personnes détenues (UCSA, SMPR, UHSA, UHSI) est une structure interne de l'établissement de santé de rattachement et doit donc être rattachée à un pôle d'activité.

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

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

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

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

III - RELATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

Lorsque les soins psychiatriques et les soins somatiques sont sous la responsabilité de deux établissements de santé distincts, l'établissement de santé en charge des soins somatiques est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'établissement pénitentiaire. Il revient aux directeurs des établissements de santé de se concerter.

Par ailleurs, un coordonnateur doit être désigné au sein de chaque unité. Il représente les dispositifs de soins somatiques et psychiatriques et est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'administration pénitentiaire.

Dans les établissements pénitentiaires sièges de SMPR, deux coordonnateurs sont désignés, sous réserve d'un fonctionnement entre eux harmonieux (Cf. fiche « *Coordination institutionnelle* », Partie 1).

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : LES TROIS NIVEAUX

L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, chacun d'entre eux étant structuré en trois niveaux :

- le niveau 1 regroupe les consultations, les prestations et activités ambulatoires ;
- le niveau 2 regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (alternative à l'hospitalisation complète) ;
- le niveau 3 regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet.

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

- par le décret du 14 mars 1986 qui a créé les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ;
- par le décret du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues ;
- par la loi d'orientation du 9 septembre 2002 qui a créé les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Ce dispositif de soins a connu au cours de cette dernière décennie de nombreuses évolutions notamment pour la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.

Ces soins étaient en effet considérés comme étant souvent l'apanage quasi exclusif des SMPR au détriment de leur développement au sein des UCSA, elles-mêmes étant vues comme un lieu de prise en charge prioritairement pour les soins somatiques.

Quelles sont ces évolutions ?

D'une part la législation de 2002 consacre la possibilité d'hospitalisation au sein des UHSA (avec et sans consentement). L'hospitalisation à temps complet au sein des SMPR n'est plus possible.

D'autre part le plan d'actions stratégiques 2010/2014 pour la politique de santé des personnes placées sous main de justice prévoit la mise en place, pour les soins psychiatriques, de trois niveaux de soins (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf). Dans ce cadre il est prévu que toutes les UCSA proposent au terme de ce plan pour les prises en charge psychiatriques, des activités à temps partiel, ce qui était jusqu'à présent l'exception. Ces prises en charge ne sont plus limitées aux SMPR.

Par ailleurs, toutes les régions devront disposer au moins d'un site pénitentiaire pouvant accueillir les patients en hospitalisation de jour au sein de ces unités sanitaires ce qui signifie que cette mission n'est plus limitée aux seuls SMPR, même si ceux-ci assurent pour le moment l'essentiel de ces prises en charge.

Les missions spécifiques des SMPR tenant compte de ces évolutions ont été redéfinies.

Ces évolutions, ainsi qu'une volonté de rendre plus lisible la hiérarchisation de niveaux de soins incluant les soins somatiques et psychiatriques ont amené les rédacteurs du guide à proposer une nouvelle dénomination des unités de soins implantées en milieu pénitentiaire. Celles-ci regroupant les UCSA et les SMPR s'appelleront désormais « **unités sanitaires** » de niveau 1 lorsque les soins psychiatriques incluront des prises en charge ambulatoires et de niveau 2 lorsqu'une activité d'hospitalisation de jour sera autorisée.

I - NIVEAU 1 : CONSULTATIONS ET ACTES EXTERNES SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

Les unités sanitaires de niveau 1 (UCSA/SMPR) assurent les soins relevant de consultations et actes externes. Elles incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP). Ces soins peuvent également être assurés (pour les soins somatiques) en milieu hospitalier lorsqu'ils requièrent des examens spécialisés ne pouvant être réalisés au sein de ces unités.

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

Une convention précise les modalités de fonctionnement de ces deux dispositifs de soins.

A. MISSIONS

a. Consultations et examens au sein des unités sanitaires

1. Missions du dispositif de soins somatiques (DSS)

Le dispositif de soins somatiques (DSS) assure l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités dont les consultations dentaires et les prestations pouvant découler de celles-ci (prescription de prothèses...) (Cf. fiche « *Consultations médicales* », Partie 2 ; Cahier I).

Concernant les consultations dentaires, une instruction santé bucco-dentaire¹ précise les conditions de l'examen bucco-dentaire à l'entrée et ses modalités de réalisation.

2. Missions du dispositif de soins psychiatriques (DSP)

Le dispositif de soins psychiatriques (DSP) assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, de prises en charge de groupe et d'activités thérapeutiques.

Cette offre de soins diversifiée se met en place progressivement. Elle nécessite que soient affectés des locaux dédiés à ces activités mais également un renforcement des équipes de soins. L'objectif à terme est que tous les établissements pénitentiaires bénéficient de ces prestations.

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

3. Missions communes aux deux dispositifs DSS/DSP

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

¹Instruction santé bucco-dentaire du 29 août 2011, lien Internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0039.pdf.

• **Mission concernant la prévention et l'éducation pour la santé**

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

L'établissement de santé est chargé de coordonner les actions de dépistage. De plus, il est chargé d'élaborer, dans le cadre de comité de pilotage éducation/prévention de la santé, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé (Cf. fiche « *Éducation et promotion de la santé* », Partie 2 ; Cahier IV).

• **Mission concernant la continuité des soins à la sortie**

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

• **Mission relative aux conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire des établissements pénitentiaires** (Cf. fiche « *Hygiène hospitalière et sécurité sanitaire dans les établissements de santé* »).

b. Consultations et examens programmés en milieu hospitalier

Conformément aux dispositions de l'article R. 6112-23 du CSP, l'établissement de santé de rattachement organise l'accès des personnes détenues aux consultations ou examens spécialisés qui n'ont pu être réalisés au sein de l'unité sanitaire, lorsque son plateau technique et son niveau de spécialisation le permettent. Une procédure conclue entre les deux établissements (santé et pénitentiaire) précise les modalités de mise en œuvre. Il appartient à l'établissement pénitentiaire d'assurer l'extraction de la personne détenue dans les conditions définies dans les textes correspondants² (Cf. fiche « *Règles de sécurité* », Partie 2 ; Cahier I).

B. ORGANISATION DES UNITÉS SANITAIRES (DSS ET DSP)

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

a. Personnel soignant

1. Constitution des équipes de soins

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

- des personnels médicaux : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants en médecine ;

- des personnels non médicaux : personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie... ;
- des personnels non professionnels de santé : personnels administratifs...

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

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

Les personnels affectés à ces unités sanitaires le sont sur la base du volontariat.

Les personnels rattachés à d'autres pôles d'activité que celui de l'unité sanitaire restent sous la responsabilité technique de leur chef de pôle d'origine et sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du médecin coordonnateur de l'unité sanitaire.

2. Spécificités à retenir

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

Le secrétariat doit impérativement être mutualisé entre les DSS et les DSP. Ses missions sont fixées par la ou les directions du ou des établissements de santé.

L'encadrement des équipes soignantes par un cadre de santé est une nécessité. La quotité de temps affecté voire la mutualisation de cette fonction pour les DSS et les DSP sont décidées localement.

Le personnel non médical de l'unité sanitaire est placé sous la responsabilité fonctionnelle et hiérarchique de ce cadre de santé.

3. Personnel médical

L'un des médecins exerçant une activité régulière dans l'unité sanitaire est désigné comme coordonnateur (Cf. fiche « *Coordination institutionnelle* », Partie 1).

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

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

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

4. Personnel infirmier

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

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

²Circulaire n° 000117 DAP du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale, qui a été modifiée par la circulaire JUSK1140022C du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues (http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1140022C.pdf).

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

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

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

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

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

5. Chirurgiens-dentistes

Les soins dentaires sont dispensés par des chirurgiens-dentistes recrutés en fonction de la quotité de temps nécessaire pour faire face aux besoins. Selon l'activité et l'organisation de l'unité, l'établissement de santé de rattachement décide s'il y a nécessité pour le chirurgien-dentiste d'être assisté.

b. Locaux de soins

1. Programme fonctionnel

En application des dispositions de l'article R. 6112-22 du CSP, reprises par l'article D. 370 du Code de procédure pénale (CPP), l'administration pénitentiaire met à disposition de l'unité sanitaire des locaux spécialisés destinés aux consultations et aux examens.

Un guide de programmation des locaux des unités sanitaires précise les normes à retenir. Ce guide est établi pour les nouveaux établissements de 600 places. C'est également la référence pour toute structure devant être rénovée (Cf. document en ligne sur le site du ministère en charge de la Santé).

2. Entretien des locaux

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

Les modalités de fonctionnement et d'organisation seront arrêtées entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé. Celui-ci peut affecter ses propres agents ou des agents d'une entreprise d'entretien placés sous son autorité (concession de cette fonction par l'établissement public de santé) (Cf. fiche « *Modalités financières et prise en charge sanitaire* », Partie 2 ; Cahier III).

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

c. Système d'information

1. Équipement informatique

Un protocole relatif aux systèmes d'information des unités sanitaires des établissements pénitentiaires signé le 27 mai 2009 par les directeurs de la DGOS et de la DAP et son avenant, en date du 19 décembre 2009, fixe les règles concernant notamment :

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

2. Télémédecine

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

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

d. Prestations médico-techniques

1. Pharmacie

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

La fiche relative aux pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et à la prise en charge thérapeutique en milieu pénitentiaire précise les règles relatives au circuit du médicament, à la détention des médicaments en cellule, au stockage et au transport de ceux-ci ainsi qu'à la surveillance dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse.

Hormis ces règles, il convient de rappeler :

- la nécessité de mettre en place un environnement de dialogue et de concertation entre les professionnels concernés des unités de soins et de la PUI portant sur le fonctionnement de cette prestation et notamment

les spécificités rencontrées en milieu pénitentiaire pouvant nécessiter des mesures particulières (par exemple médicaments non remboursés pouvant être inscrits au livret thérapeutique) ;

- la nécessité également de mettre en place ce même environnement de dialogue et de concertation avec l'administration pénitentiaire portant notamment sur les questions relatives à la transmission de traitements en dehors des horaires d'ouverture de l'unité sanitaire, voire à la sortie. Compte tenu du fait que les médicaments ne doivent jamais transiter par le personnel pénitentiaire, un dispositif de casier réservé à l'unité sanitaire peut être étudié localement.

Ces questions doivent donner lieu à l'établissement de procédures écrites.
[Cf. fiche « *PUI de l'établissement de santé et prise en charge thérapeutique en milieu pénitentiaire* », Partie 2 ; Cahier I]

2. Biologie/Radiologie

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

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

- Les prestations relatives aux examens de biologie médicale incluent la réalisation des prélèvements, leur acheminement vers un laboratoire d'analyse de biologie médicale et leur analyse. L'établissement de santé peut confier, par voie de convention, tout ou partie de cette activité à un laboratoire d'analyse de biologie médicale public ou privé, notamment en cas d'éloignement de l'établissement pénitentiaire.
[Cf. fiche « *Modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes détenues* », Partie 2 ; Cahier III]
- Les prestations relatives aux examens de radiologie peuvent être réalisées sur place ou au sein de l'établissement de santé si celui-ci dispose des équipements *ad hoc*. L'établissement de santé peut confier, par voie de convention, tout ou partie de cette activité à un cabinet de radiologie public (autre établissement de santé) ou privé, notamment en cas d'éloignement de l'établissement pénitentiaire.

Le guide de programmation pour les locaux des unités sanitaires de niveau 1 et de niveau 2 dans le cadre de la construction de nouveaux établissements pénitentiaires (élaboré avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)), prévoit une salle d'imagerie numérisée avec un panoramique dentaire dans les établissements de 600 places. En deçà, l'appréciation de la nécessité d'un équipement d'imagerie numérisée est laissée à l'établissement de santé en fonction des caractéristiques de l'établissement pénitentiaire et du volume d'activité.

II - NIVEAU 2 : PRISE EN CHARGE À TEMPS PARTIEL (ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION COMPLÈTE)

La prise en charge en hospitalisation à temps partiel, et plus particulièrement l'hospitalisation de jour, permet au patient de disposer de soins et/ou d'examens polyvalents, individualisés, intensifs, prodigués dans la journée.

Les soins de niveau 2 sont assurés :

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

A. SOINS SOMATIQUES DE NIVEAU 2 : HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL

Les soins somatiques de niveau 2 se distinguent des prestations délivrées lors de consultations et incluent les activités dispensées à temps partiel, de jour, de nuit (art. L. 6122-1 et R. 6121-4, 1°).

Ils se déroulent en milieu hospitalier, et peuvent concerner des activités de chirurgie ambulatoire (dermatologie, ophtalmologie...), des « *séances* » (traitements de chimiothérapie, dialyse...) voire des examens complémentaires.

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

B. SOINS PSYCHIATRIQUES DE NIVEAU 2 : HOSPITALISATION DE JOUR

Il est convenu que chaque région dispose d'au moins une unité sanitaire de niveau 2 (plan d'actions stratégiques).

a. Modalités de prise en charge

L'hospitalisation de jour en psychiatrie se déroule en milieu pénitentiaire et suppose un accès facilité du patient aux différentes activités et consultations tout au long de la journée. Le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention.

Les cellules d'hébergement dédiées aux patients pris en charge sont situées à proximité immédiate de l'unité de soins. Elles permettent une prise en charge optimale des patients évitant de multiples mouvements dans la journée. Leur situation au sein de l'établissement pénitentiaire doit permettre des déplacements facilités vers le lieu de soins.

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

Le principe retenu est l'individualisation des cellules. Il est possible de prévoir des cellules doubles dans la limite d'un tiers du nombre de places.

L'entretien et l'équipement de ces cellules relèvent de l'administration pénitentiaire.

Les personnes détenues placées dans ces cellules doivent pouvoir accéder aux équipements collectifs.

L'annexe Q « *Statut des places d'hébergement en HJ en psychiatrie* » précise le statut de ces cellules.

b. Conditions d'admission en hospitalisation de jour

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

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

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

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

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

c. Rôle des surveillants pénitentiaires affectés aux cellules d'hébergement

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

Dans l'exercice de leurs fonctions ces personnels de surveillance tiennent le plus grand compte de la spécificité des malades détenus pris en charge, respectant le caractère médical de ce lieu de soins.

Il est souhaitable que ces personnels de surveillance bénéficient d'une formation d'initiation aux problématiques de santé mentale en sus d'une information préalable sur la mission de ce service hospitalier.

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

d. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)

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

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

- une coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile intervenant en milieu pénitentiaire ;
- une articulation avec les DSP des unités sanitaires de leur région et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). À titre d'exemple, l'élaboration d'un projet régional d'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, qui pourra être intégré au SROS ;

- un rôle d'interface avec les autorités de tutelle sur les sujets généraux qui ne concernent pas un site d'implantation spécifique ;
- la mise en place de formations au niveau régional, formation initiale (étudiants hospitaliers, internes, stages d'IFSI...) et formation continue.

III - NIVEAU 3 : PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE À TEMPS COMPLET

Les soins de niveau 3 sont assurés :

• Pour les soins somatiques :

- au sein de chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement ;
- au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).

• Pour les soins psychiatriques :

- au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ;
- au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du Code de procédure pénale (dans l'attente de la finalisation du programme UHSA) ;
- au sein des unités pour malades difficiles (UMD) lorsque les critères cliniques le justifient.

A. HOSPITALISATION SOMATIQUE (MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE : MCO)

a. Hospitalisation en chambres sécurisées (R. 6112-26 du CSP et D. 391 a. et b. du CPP)

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

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

La circulaire interministérielle du 13 mars 2006 (DAP/DHOS/DGPN/DGGN) relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé précise le cahier des charges devant être respecté (http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/101-DAP-b.pdf). Une garde statique est assurée par les forces de l'ordre (police ou gendarmerie) dans un sas attenant à la chambre.

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

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

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

1. Hospitalisation urgente

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

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

2. Hospitalisation de très courte durée

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

b. Hospitalisation en unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)

Huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) sont réparties sur le territoire. Celles-ci accueillent des personnes détenues majeures et mineures. Elles sont sécurisées par l'administration pénitentiaire présente au sein de l'unité de soins. Le nombre d'unités, les sites d'implantation et les secteurs géographiques de rattachement sont précisés dans l'arrêté du 24 août 2000 (Cf. annexe N « Carte UHSA »).

Les UHSA sont des structures hospitalières qui prennent en charge l'ensemble des hospitalisations, hors hospitalisations urgentes et de courte durée (exceptées celles des établissements pénitentiaires rattachés à l'établissement de santé siège de l'UHSA), ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé. Une hospitalisation en UHSA ne requiert pas une hospitalisation préalable dans une chambre sécurisée. Le patient peut être adressé directement vers l'UHSA.

Les UHSA sont situées dans des centres hospitaliers universitaires et bénéficient de leur plateau technique. Les patients sont donc amenés, selon les examens complémentaires demandés, à consulter voire être hospitalisés dans d'autres services de soins ou médico-techniques. Ils sont alors accompagnés de personnel sanitaire et d'une escorte pénitentiaire ou des forces de l'ordre.

Lorsqu'un patient nécessite une consultation de spécialiste sans recours à un plateau technique particulier, les praticiens spécialistes se déplacent au sein de l'UHSA. Les conditions d'accès leur sont alors facilitées. Pour les mineurs, les pédiatres peuvent également se déplacer au sein de l'unité. Toutefois, dès lors que leur état de santé l'exige, les patients peuvent être hospitalisés dans des services spécialisés. La garde statique est assurée par les forces de l'ordre ou l'administration pénitentiaire.

B. HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

Les hospitalisations à temps complet (avec et sans consentement) représentent le troisième niveau de soins intégrant les hospitalisations au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), les hospitalisations régies par l'article D. 398 du Code de procédure pénale (dans l'attente de la finalisation du programme UHSA), et les hospitalisations au sein des unités pour malades difficiles (UMD) lorsque les critères cliniques le justifient.

Conformément à l'article L. 3214-1 du CSP, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées en UHSA, ou « *lorsque leur intérêt le justifie* » dans tout autre établissement habilité.

a. Hospitalisation en unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

1. Principes généraux

Conformément à l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique, l'hospitalisation au sein d'une UHSA est le principe général pour toute hospitalisation complète en psychiatrie d'une personne détenue. La loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002 a en effet instauré le principe d'unités spécialisées permettant l'accueil des hospitalisations psychiatriques des personnes détenues dans un environnement sécurisé.

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

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

L'annexe 0 « Carte UHSA » détaille l'implantation de ces neuf structures de soins. Une unité hospitalière spécialement aménagée couvre les besoins d'hospitalisation des établissements pénitentiaires du ressort territorial correspondant³.

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

2. Modalités de fonctionnement

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

Les modalités générales de fonctionnement ont été définies conjointement par les trois ministères impliqués (respectivement en charge de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur) et sont détaillées dans la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_105_180311.pdf).

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

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

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

³ Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.

3. Modalités d'hospitalisation

3.1 Hospitalisation avec consentement au sein d'une UHSA

Les UHSA sont le seul lieu d'hospitalisation complète en psychiatrie des patients détenus avec leur consentement. L'ensemble des modalités organisationnelles afférentes sont réglées par la circulaire DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

3.2 Hospitalisation dans le cadre de la mission de service public n° 11 de l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique (hospitalisation sans consentement)

Les hospitalisations sans consentement des personnes détenues sont régies par la loi du 5 juillet 2011. Dans l'attente de l'achèvement du programme de construction des UHSA, ces hospitalisations peuvent se dérouler soit dans les UHSA quand il en existe sur le ressort territorial, soit dans des établissements de santé autorisés en psychiatrie exerçant la mission de service public n° 11 de l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique.

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

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

Les médecins de l'unité sanitaire et de l'UHSA ou de l'établissement autorisé en psychiatrie assurant la mission de service public susvisée fixent ensemble les modalités d'hospitalisation avant que le préfet du département où est situé l'établissement pénitentiaire prononce l'hospitalisation au vu du certificat circonstancié (art. L. 3214-3 du CSP). Les différents certificats et documents à fournir dans ce cadre sont détaillés dans la fiche « Documents médicaux », Partie 2 ; Cahier I.

La loi du 5 juillet 2011 crée un contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) au terme de 15 jours et de six mois d'hospitalisation, impliquant l'organisation d'audiences.

Ces audiences peuvent s'organiser de trois façons :

- le patient est transporté au tribunal de grande instance ;
- la loi prévoit la possibilité (article L. 3211-12-2) d'aménager spécialement des salles d'audience dans les établissements de santé pour que l'audience puisse s'effectuer sur place ;
- les audiences peuvent s'effectuer par visioconférence entre l'établissement de santé et le tribunal.

Dans les deux derniers cas les audiences doivent être organisées dans le respect de critères détaillés dans les annexes de la circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge⁴.

⁴ <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques>.

b. Hospitalisation selon la disposition transitoire introduite par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice prévue en son article 48 (« HOD 398 du CPP »)

1. Modalités d'hospitalisation

Dans l'attente de la finalisation des deux tranches du programme UHSA, les hospitalisations au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie restent possibles. Dans ce cas l'hospitalisation est régie par l'article D. 398 du CPP.

Ces hospitalisations se déroulent sans gardes statiques ni surveillance de l'administration pénitentiaire ni des forces de l'ordre.

2. Droits des personnes détenues

Il revient aux soignants de s'assurer « que les droits fondamentaux des personnes privées de liberté sont respectés et de contrôler les conditions de leur prise en charge » (loi n° 007- 1545 du 30 octobre 2007 instituant un contrôleur général des lieux de privation de liberté).

Il convient en effet de rappeler que tout usage des chambres d'isolement est déterminé par des considérations médicales, conformément aux recommandations établies par la Haute autorité de santé (Cf. Annexe L : « Droits des personnes détenues hospitalisés en psychiatrie - HOD 398 »).

c. Hospitalisation au sein d'une UMD

En cas d'hospitalisation d'une personne détenue qui présente pour autrui un danger, tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être assurées dans une unité classique, le patient peut être admis dans une unité pour malades difficiles (UMD).

L'admission est prononcée par arrêté du préfet sur la base d'un certificat médical établi par un psychiatre précisant les motifs de la demande d'hospitalisation en UMD (article R. 22-2 du Code de la santé publique) et après accord d'un psychiatre de l'UMD.

L'admission s'effectue dans l'unité la plus proche du lieu d'hospitalisation du patient, sous réserve des disponibilités.

Les UMD ont une vocation nationale. Il n'y a pas de ressort géographique pour l'accueil en UMD, ce qui permet une meilleure adéquation entre les besoins et les capacités d'hospitalisation.

La commission du suivi médical mentionnée à l'article R. 3222-6 du Code de la santé publique est indépendante et composée de médecins psychiatres extérieurs à l'UMD ; elle se réunit au moins une fois par mois dans l'établissement et examine tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé à l'UMD. Elle peut également s'autosaisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé dans une telle unité.

IV - CONTINUITÉ DES SOINS ET PRISE EN CHARGE EN DEHORS DES HEURES D'OUVERTURE DE L'UNITÉ SANITAIRE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (n° 2009-1436) indique notamment que :

« La prise en charge de la santé des personnes détenues est assurée par le service public hospitalier dans les conditions prévues par le Code de la santé publique.

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

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

Selon ce même article 46 de la loi pénitentiaire et l'article R. 6112-16 du Code de la santé publique, un protocole est signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné après avis du conseil de surveillance. Il définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en dehors des horaires de l'unité sanitaire. Les personnels pénitentiaires appliquent les directives prévues par ce même protocole (article D. 374 du Code de procédure pénale) (Cf. Modèle de protocole et annexes au protocole, Partie 3).

Deux cas de figure sont à envisager :

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

Il convient de préciser que pendant leurs horaires d'ouverture les unités sanitaires gèrent toutes les demandes de soins qu'elles soient somatiques ou psychiatriques. Les soignants de l'unité font appel au centre 15 si nécessaire. Les soins au personnel pénitentiaire ne relèvent pas des missions de l'établissement de santé décrites dans le présent guide et sont assurés dans le cadre du dispositif prévu par l'article D. 227 du Code procédure pénale.

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

a. Appel au centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU (15)

Il s'agit de répondre non seulement aux situations où le pronostic vital est engagé mais aussi aux cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques immédiats, tant pour soins somatiques que psychiatriques. Dans cette situation, les personnels pénitentiaires interviennent, soit à la demande de la personne détenue, soit de leur propre initiative, soit suite à une alerte donnée par toute autre personne (codétenu, enseignant...) si son état leur apparaît préoccupant.

Le personnel pénitentiaire doit systématiquement appeler le CRRA (centre de réception et de régulation des appels) du SAMU (15) – service d'aide médicale urgente.

Le SAMU-centre 15 est chargé d'opérer une régulation médicale des appels qui lui parviennent.

Il s'agit notamment, dans les conditions prévues à l'article R. 6311-2 du CSP :

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

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

b. Réponse médicale du médecin régulateur

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

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

- le médecin régulateur estime que le patient doit être hospitalisé. Il décide du moyen de transport le plus approprié (transport sanitaire privé, SMUR ou sapeurs-pompiers) (Cf. Transport sanitaire - fiche « Modalités financières de prise en charge sanitaire », Partie 2 ; Cahier III). L'extraction du patient est alors effectuée sous escorte dans les conditions explicitées dans l'annexe X « Tableau synoptique des gardes et escortes ». L'organisation de ces modalités d'extraction n'est pas du ressort du SAMU-centre 15 ;
- le médecin régulateur estime que l'intervention d'un médecin sur place est nécessaire. Il fait alors appel au dispositif retenu localement :
 - recours aux médecins de ville ou associations de type « SOS médecins » dans le cadre d'une convention avec l'établissement de santé de référence et l'établissement pénitentiaire,
 - astreinte de l'établissement de santé.

Dans les cas où cette organisation serait retenue, il doit être rappelé que l'instauration d'une astreinte médicale spécifique ne se justifie pas.

À ce titre, il importe de retenir des solutions pratiques utilisant au mieux le potentiel local et répondant à un double principe de sécurité et d'efficacité.

c. Modalités de transfert à l'hôpital

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

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

B. CONTINUITÉ DES SOINS AU TITRE DE L'HOSPITALISATION DE JOUR RÉALISÉE EN PSYCHIATRIE

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

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

CAHIER III

PROTECTION SOCIALE ET MODALITÉS FINANCIÈRES DE PRISE EN CHARGE

P. 133 > 160

PROTECTION SOCIALE

Les articles L. 381-30 à L. 381-30-6 et R. 381-97 à R. 381-100 du Code de la Sécurité sociale (CSS) définissent la protection sociale des personnes détenues et organisent leur affiliation aux assurances maladie et maternité du régime général.

Les modalités d'affiliation des personnes détenues au régime général sont également définies à l'article D. 366 du Code de procédure pénale (CPP).

Cette partie du guide définit ainsi le champ d'application du régime général d'assurance maladie-maternité pour les différentes catégories de personnes placées sous main de justice (incarcérées et en aménagement de peine), les modalités d'accès au droit et aux soins des personnes concernées.

L'article L. 381-30 du CSS prévoit l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général de l'assurance maladie à compter de la date d'incarcération.

Sont donc affiliées au régime général toutes les personnes détenues :

- quelle que soit leur situation au regard de l'assurance maladie dont elles relevaient à titre personnel ou en qualité d'ayant droit avant leur incarcération ;
- quel que soit leur âge ;
- quelle que soit leur situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France ;
- quelle que soit leur situation administrative et pénale en détention : prévenus ou personnes condamnées, sans activité ou effectuant un travail pénitentiaire.

Le régime général ne leur ouvre droit, cependant, qu'aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, c'est-à-dire au remboursement des soins (consultations, médicaments, examens de laboratoire...) et prise en charge des frais liés à l'accouchement (quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et qui se termine 12 jours après celui-ci).

I - OUVERTURE DU DROIT

L'affiliation au régime général d'assurance maladie-maternité des personnes détenues est obligatoire et prend effet à la date d'incarcération¹.

La caisse d'assurance maladie compétente est la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire où est écrouée la personne détenue. Il s'agit des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en métropole et des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer (DOM).

En effet, sauf certaines situations d'aménagement de peine telles en particulier le placement sous surveillance électronique, la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire où est écrouée la personne détenue, est considérée comme étant la caisse de résidence de l'intéressé².

¹ Articles L. 381-30-1 et R. 381-97 du CSS et D. 366 du CPP.

² Articles R. 312-1 et R. 381-97 du CSS.

A. MODALITÉS D'AFFILIATION

a. Réalisation du dossier par l'établissement pénitentiaire

Le chef de l'établissement pénitentiaire transmet à la caisse, **pour l'ensemble des personnes détenues**³, une fiche de renseignements établie notamment à partir des éléments d'état civil de la fiche pénale. Cette fiche comporte les éléments relatifs à la situation administrative de la personne détenue, sa situation familiale et sa couverture sociale avant son incarcération ainsi qu'un droit éventuel à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc).

Cette procédure est à mettre en œuvre dans un délai maximal de cinq jours ouvrés à compter de l'incarcération afin d'éviter tout retard dans l'ouverture des droits aux assurances maladie et maternité pour les éventuels ayants droit des personnes détenues.

Cas particuliers :

Personnes détenues de nationalité étrangère

Elles doivent également préciser leur situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France.

Si besoin, elles s'adresseront au service des étrangers de la préfecture du lieu de détention pour se faire délivrer un document ou un titre attestant la régularité de leur séjour et elles le feront parvenir à la caisse dans les meilleurs délais.

Il en est de même pendant toute la durée de leur détention où elles peuvent être dans la situation de devoir procéder au renouvellement des formalités nécessaires à la régularité de leur séjour en France.

Dans ces différents cas, les intéressés seront bien entendu accompagnés dans leurs démarches en tant que de besoin tenant compte des organisations des diverses structures concernées.

Personnes incarcérées pendant une très courte période

Des consultations et/ou des soins sont souvent réalisés à l'occasion de l'incarcération même si celle-ci est de très brève durée.

Dans ce cas, il est important que la fiche de renseignements soit complétée le plus rapidement possible (avant la libération de la personne) de sorte que la caisse du département dans laquelle est situé l'établissement pénitentiaire ait, *in fine*, les éléments permettant le règlement ultérieur des frais de santé qui auraient pu être engagés.

Ce règlement interviendra alors de façon rétroactive, la personne ayant été libérée depuis.

b. Procédure d'affiliation au régime général par la caisse

Pour affilier la personne, la caisse dans le ressort de laquelle l'établissement pénitentiaire est implanté reprend tant les éléments de la fiche de renseignements que ceux fournis par la caisse cédante : droits à la CMU complémentaire, bénéfice d'une pension d'invalidité, reconnaissance d'une ou plusieurs affections de longue durée, etc., et informe le directeur de l'établissement pénitentiaire (via le greffe) de cette opération dans un délai maximal de cinq jours ouvrés.

Le greffe transmet ensuite l'information à l'unité sanitaire (DSS, DSP).

³ Cf. note 1.

La CPAM prenante prévient le service du contrôle médical afin que l'historique médical de l'assuré soit communiqué au service du contrôle médical placé auprès de la caisse prenante.

Les droits au régime général de la personne détenue sont alors reportés dans la carte Vitale de l'intéressé à l'occasion de sa mise à jour. À défaut de carte Vitale, une attestation papier sera établie dans l'attente.

Les cartes Vitale et/ou attestations papier des personnes détenues sont conservées au greffe et devront être remises à l'occasion de toute permission de sortir.

La caisse adresse à l'établissement pénitentiaire la liste nominative de l'ensemble des personnes détenues qu'elle a identifiées à partir des éléments qu'il lui a transmis.

Cas particuliers :

La personne détenue ne communique pas sa véritable identité

Dans ce cas, la caisse procède à l'affiliation de la personne sous l'identification retenue dans le cadre de la procédure judiciaire. La personne est alors enregistrée avec un numéro d'identification au répertoire (NIR) provisoire pendant la durée de sa détention.

La personne détenue est un ressortissant étranger en situation irrégulière

Dans ce cas, la caisse procède à l'affiliation de la personne au régime général en l'enregistrant sous un NIR provisoire.

Dans ces deux situations, aucune carte Vitale ne peut être délivrée et une attestation de droits papier est obligatoirement établie à l'intéressé.

Enfin, un échange d'informations doit être réalisé régulièrement, conformément aux procédures déterminées dans la convention cadre définissant les relations entre les organismes d'assurance maladie et les établissements pénitentiaires.

La personne n'est incarcérée que pour une durée maximale de quelques jours

Lorsque des consultations ou des soins sont réalisés, la caisse du ressort de l'établissement doit se mettre en contact avec la caisse d'affiliation de l'intéressé de façon à régler rétroactivement les frais de santé.

c. Information de la personne sur ses droits sociaux

Lorsque la durée de détention est supérieure à un mois, les caisses doivent informer les personnes nouvellement incarcérées sur l'ensemble de leurs droits aux assurances maladie-maternité, CMU complémentaire, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) par tout moyen de leur choix (journée d'information, remise de dépliants...).

B. CHANGEMENT DE SITUATION DE LA PERSONNE DÉTENUE

Tout changement de situation de la personne détenue pouvant avoir une incidence sur son affiliation au régime général d'assurance maladie-maternité (en particulier un changement de caisse d'affiliation) doit être signalé à la caisse d'assurance maladie compétente, dans le délai de cinq jours ouvrés.

Ainsi, l'établissement pénitentiaire met à jour la « *fiche navette* » dans les situations suivantes :

- placement en centre national d'évaluation (CNE) ;
- transfert d'établissement pénitentiaire en indiquant le lieu de destination ;
- aménagement de peine (placement à l'extérieur ou semi-liberté ou placement sous surveillance électronique) en précisant, le cas échéant, s'il y a exercice d'une activité professionnelle dans les conditions de droit commun ou suivi d'une formation professionnelle ouvrant des droits à un régime obligatoire d'assurance maladie ;
- suspension de peine ou libération conditionnelle en indiquant l'adresse de la personne ;
- libération de la personne détenue en mentionnant l'adresse indiquée par l'intéressé.

a. Modalités d'information de la caisse d'affiliation en cas de changement de situation

- En cas de transfert ou de placement en CNE, lorsque la caisse d'affiliation est différente, le directeur du nouvel établissement pénitentiaire transmet les fiches de renseignements à la nouvelle caisse d'affiliation en précisant qu'il s'agit d'un transfert.

NB: Le transfert d'établissement n'entraîne un changement de caisse d'affiliation que dans le cas où il est définitif ou en tout état de cause d'une durée supérieure à 40 jours.

- En cas d'aménagement de peine (placement à l'extérieur ou semi-liberté, ou placement sous surveillance électronique), la caisse d'affiliation peut également être différente si la personne change, de ce fait, de lieu de résidence.

En outre, si à cette occasion la personne détenue vient à exercer une activité professionnelle dans les conditions de droit commun, la caisse compétente procèdera, le cas échéant, à son affiliation en qualité d'actif sur la base des documents nécessaires tels que le contrat de travail. La carte Vitale sera mise à jour en conséquence.

b. Modalités de suivi des dossiers en cas d'hospitalisation en établissement de santé

L'affiliation à la caisse d'origine est maintenue tant que l'hospitalisation dans l'une de ces structures ne dépassera pas 40 jours, en cas de changement de département.

Au-delà de ce délai, la caisse d'affiliation de la personne détenue est, le cas échéant, celle du ressort dans laquelle est situé l'établissement pénitentiaire auquel est rattaché l'établissement de santé.

La caisse dans le ressort de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire doit en être avertie ainsi que la nouvelle caisse d'affiliation, dans le délai de cinq jours ouvrés.

II - CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE

A. DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITÉ DU RÉGIME GÉNÉRAL

Les personnes détenues ont droit aux **prestations en nature** des assurances maladie et maternité du régime général⁴.

Il s'agit donc du remboursement des soins (consultations, médicaments...) pour eux-mêmes et, le cas échéant, leurs ayants droit (concubin, partenaire de Pacs, « *cohabitant* », conjoint, enfants jusqu'à 16 ans voire 20 ans s'ils poursuivent des études, ascendants, descendants, collatéraux et alliés sous certaines conditions)⁵ sous réserve que l'assuré, avant sa détention, ait été en situation régulière et que ses ayants droit le soient également.

Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont pris en charge par l'administration pénitentiaire⁶. Il existe cependant des situations où le ticket modérateur n'est pas à la charge de l'administration pénitentiaire.

a. Exonération du ticket modérateur

S'agissant de prestations en nature de l'assurance maladie, la participation de la personne détenue peut, comme pour tout assuré social, être limitée ou supprimée dans certains cas. Dans ces cas limitatifs, la participation de l'administration pénitentiaire est de ce fait limitée ou supprimée.

1. Personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée (ALD) avant ou pendant l'incarcération

Lorsque le bénéficiaire est reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrite sur une liste établie par décret après avis de la Haute autorité⁷, les actes et prestations en rapport avec cette pathologie sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie sur la base du protocole de soins établi par le médecin traitant de l'intéressé avant sa détention ou par un médecin de l'unité sanitaire pendant sa détention et sous réserve que la personne se soumette aux éventuels contrôles du service du contrôle médical⁸.

2. Personnes titulaires d'une pension d'invalidité avant leur incarcération

Les personnes détenues, **titulaires d'une pension d'invalidité** avant leur détention, **en conservent le bénéfice pendant leur incarcération**⁹.

À ce titre, le ticket modérateur est pris en charge par le régime général d'assurance maladie¹⁰.

⁴Article L. 381-30-1 du CSS.

⁵Articles L. 161-14 et L. 313-3 du CSS.

⁶Article L. 381-30-5 du CSS.

⁷Articles L. 322-3 3°, R. 322-6 et D. 322-1 du CSS ainsi qu'article L. 322-3 4° du CSS et décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011.

⁸Article L. 324-1 du CSS.

⁹Article L. 381-30-1 2° alinéa du CSS.

¹⁰Articles L. 322-3 13° et R. 322-4 du CSS.

b. Prestations en nature de l'assurance maternité

L'assurance maternité prend en charge intégralement, dès l'envoi de la déclaration de grossesse, les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse définis par le Code de la santé publique¹¹. À compter du 1^{er} jour du 6^e mois et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement, elle prend en charge à 100 % de toutes les prestations remboursées par l'assurance maladie¹².

Les prestations suivantes sont également prises en charge par l'assurance maternité¹³ :

- caryotype fœtal et amniocentèse ;
- test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine ;
- dosage de la glycémie ;
- séances de préparation à l'accouchement psycho-prophylactique ;
- interruption non volontaire de grossesse ;
- interruption volontaire de grossesse pour un motif thérapeutique ;
- 10 séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

La prise en charge par l'assurance maternité est conditionnée au respect des procédures décrites ci-après.

1. Établissement de la déclaration de grossesse

La grossesse doit être déclarée le plus tôt possible.

Il existe deux cas de figure :

- la maternité a été déclarée avant l'incarcération : la personne détenue a reçu son calendrier personnalisé précisant les examens médicaux et les droits ;

- la maternité est décelée en cours d'incarcération : la déclaration de grossesse doit être établie conjointement par le médecin de l'unité sanitaire ou celui de l'établissement de santé de rattachement et l'assurée (qui peut-être aidée au besoin). Celle-ci doit ensuite la faire parvenir à sa caisse d'affiliation (caisse d'assurance maladie du lieu de détention) et, le cas échéant, à la caisse d'allocations familiales.

Dès lors que la caisse a connaissance de la grossesse, elle doit envoyer à la femme détenue les documents prévus dans le cadre « *du parcours maternité* », à savoir le calendrier personnalisé des examens médicaux et des droits qui doit être remis à l'intéressée.

2. Après la naissance de l'enfant

Si la mère ne s'y oppose pas, le bébé restera à ses côtés jusqu'à ses 18 mois et est son ayant droit.

Le certificat d'accouchement est réalisé par l'établissement de santé dans lequel la femme détenue a accouché, il sera envoyé à sa caisse par elle-même ou, le cas échéant, le père de l'enfant ou un membre de sa famille.

La mère déclare son enfant à l'État civil dans les conditions de droit commun et selon les modalités mises en place dans l'établissement de santé.

L'acte de naissance de l'enfant doit impérativement être envoyé à la caisse pour que l'enfant bénéficie d'une protection sociale.

¹¹Articles L. 2122-1 et suivants du CSP.

¹²Articles L. 331-2 et D. 331 du CSS.

¹³Arrêté du 23/12/2004.

Différentes situations peuvent se présenter, à savoir :

L'enfant reste avec sa mère après la naissance

L'assurée doit transmettre l'acte de naissance de son enfant à la caisse dont elle dépend depuis son incarcération. L'enfant sera rattaché sous le NIR de sa mère, ou conjointement sous le compte de son père et de sa mère sur demande des parents.

Dans le cas où la personne était en situation irrégulière avant sa détention, l'enfant est affilié sous son propre NIR au titre de l'AME et aura des droits pour un an (renouvelable) avec envoi d'une carte AME (dispensée de photo).

Dans tous les cas, au terme des 18 mois passés avec sa mère, l'enfant sera soit confié à son père ou à la famille, soit confié à l'aide sociale à l'enfance (ASE). La caisse doit en être informée.

Durant la période où l'enfant réside dans l'établissement pénitentiaire, le ticket modérateur relatif aux soins qui lui sont dispensés n'incombe pas à l'administration pénitentiaire.

Il est selon le cas pris en charge par :

- l'assurance maternité (examens obligatoires jusqu'au 6^e anniversaire de l'enfant)¹⁴ ;
- l'assurance maladie en cas d'hospitalisation durant les 30 premiers jours du nourrisson¹⁵ ;
- l'AME si l'enfant y a été affilié¹⁶ ;
- la complémentaire santé de la mère (CMUc, complémentaire financée partiellement par l'ACS-aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ou couverture complémentaire dans les conditions de droit commun) ou, à défaut, l'intéressée elle-même.

La mère ne souhaite pas garder son enfant avec elle, sans pour autant renoncer à ses droits parentaux

- soit l'enfant est gardé par son père, ce dernier devra transmettre l'acte de naissance de son enfant à sa caisse de rattachement ;
- soit l'enfant est recueilli par la famille ; la personne qui se voit attribuer la garde de l'enfant doit envoyer l'acte de naissance de ce dernier à sa caisse de rattachement (l'enfant sera enregistré comme son ayant droit) ;
- soit l'enfant n'a ni père, ni famille, il sera placé à l'aide sociale à l'enfance qui se chargera des démarches de rattachement de l'enfant sans pour autant déchoir la mère de ses droits parentaux.

La mère se voit retirer l'autorité parentale et l'enfant sera alors confié à l'aide sociale à l'enfance ou à un tiers

Dans ce cas de figure, la caisse doit être informée de sorte que la caisse compétente (lieu de placement de l'enfant) puisse l'affilier soit à la CMU de base et lui attribuer la CMU complémentaire soit l'affilier en tant qu'ayant droit de la personne qui en a la charge.

Accouchement sous X ou enfant confié en vue d'adoption

Dans ce cas, l'enfant n'est pas l'ayant droit de sa mère et lorsque celle-ci souhaite garder l'anonymat, les frais d'accouchement sont pris en charge par l'ASE¹⁷.

¹⁴ Articles R. 2132-1 du Code de la santé publique.

¹⁵ Articles L. 322-3 11° et R.322-9 du Code de la Sécurité sociale.

¹⁶ Articles L. 251-1 et L. 251-2 du Code de l'action sociale et des familles.

¹⁷ Article L. 222-6 du Code de l'action sociale et des familles.

B. DROIT À L'ASSURANCE DÉCÈS DU RÉGIME GÉNÉRAL

Le décès des personnes détenues peut, sous réserve des conditions de droit commun, donner lieu au versement du **capital décès**¹⁸ à certains membres de la famille.

III - MODALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS EN DÉTENTION

Les soins dispensés dans un établissement pénitentiaire en application d'un protocole conclu avec un établissement de santé sont pris en charge par l'assurance maladie pour la part qui la concerne¹⁹. Il en est de même pour les soins dispensés en milieu hospitalier.

A. PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ

Les personnes incarcérées, n'ayant pas le choix de leur médecin, ne sont de ce fait **pas soumises au parcours de soins coordonné pendant la période de l'incarcération**.

Les divers documents d'ordre médical (prescriptions, protocoles de soins) établis par un médecin de l'unité sanitaire sont opposables dans les mêmes conditions que s'ils étaient réalisés par un médecin traitant choisi par le patient.

B. LES MÉDECINS DE L'UNITÉ SANITAIRE COORDONNATEURS DES SOINS EN CAS DE RECONNAISSANCE D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Les règles inhérentes à la reconnaissance des affections de longue durée demeurent applicables pendant la durée de la détention, que la personne ait été antérieurement en situation régulière ou irrégulière.

a. Affection de longue durée reconnue avant l'incarcération

Lorsque la personne a été reconnue atteinte d'une ou plusieurs affections de longue durée avant d'être incarcérée, l'information doit être signalée par la fiche de renseignements et confirmée par la caisse cedante. Le protocole de soins est transféré au service du contrôle médical placé près de la nouvelle caisse d'affiliation. L'information figure en outre dans la carte Vitale ou sur l'attestation papier.

Le médecin de l'unité sanitaire doit se mettre en rapport avec le médecin traitant de la personne détenue ou, à défaut, avec le médecin-conseil compétent afin d'avoir communication du protocole de soins de l'intéressé.

b. Affection de longue durée reconnue pendant l'incarcération

Lorsque le médecin de l'unité sanitaire considère que la personne est atteinte d'une affection de longue durée, les procédures de droit commun doivent être respectées afin d'atteindre un double objectif :

- la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des soins en rapport avec l'ALD tels que mentionnés dans le protocole de soins, l'administration pénitentiaire n'étant pas redevable du ticket modérateur pour ces dépenses ;
- la continuité des soins à la libération de la personne, le protocole de soins étant transmis au médecin traitant de l'intéressé.

¹⁸ Articles L. 381-30-1 2^e alinéa, L. 361-1 à L. 361-4 et R. 361-1 à R. 361-5 du CSS.

¹⁹ Article R. 6112-16 du CSP.

Il est donc primordial que le médecin de l'unité sanitaire établisse un protocole de soins sur le formulaire *ad hoc* et l'adresse au service du contrôle médical placé près de l'organisme d'affiliation de la personne concernée afin que le médecin-conseil se prononce.

L'avis du médecin-conseil est transmis au médecin de l'unité sanitaire qui en informe le bénéficiaire.
Ce protocole de soins établi au sein de l'unité sanitaire a la même durée de validité que celle de droit commun, soit un an. Contrairement à ce qui était en pratique il **n'est pas limité à six mois.**

La personne détenue est soumise aux mêmes obligations que tout patient reconnu atteint d'une ALD (Cf. paragraphe II-1-2-1).

IV - MODALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS DE VILLE

Toute personne en aménagement de peine bénéficie d'un accès aux soins dans les conditions de droit commun. Les médecins des structures sanitaires des établissements pénitentiaires ne sont pas impliqués dans ces prises en charge.

A. PERSONNE EN SEMI-LIBERTÉ OU EN PLACEMENT À L'EXTÉRIEUR OU PLACÉE SOUS SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE

a. Application du parcours de soins coordonné

La personne doit faire le choix d'un médecin traitant selon les règles établies²⁰. Les intéressés doivent donc être informés de cette obligation avant leur aménagement de peine s'ils étaient préalablement incarcérés. Un formulaire de déclaration de médecin traitant doit alors leur être remis afin qu'ils puissent réaliser cette déclaration et l'adresser à la caisse compétente.
Lorsque l'aménagement de peine a lieu *ab initio*, l'intéressé conserve le médecin traitant préalablement choisi. La personne détenue doit disposer de sa carte Vitale ou de l'attestation papier établie par la caisse à l'occasion de son incarcération pour être dispensée d'avance des frais.

b. Personne en semi-liberté ou en placement à l'extérieur ou placée sous surveillance électronique qui n'exerce pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres

En cas de dépenses de santé en ville, les personnes bénéficiant de ces mesures judiciaires sont dispensées de l'avance des frais pour les dépenses prises en charge par l'assurance maladie lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres. Les caisses du régime général assurent le paiement de l'intégralité des dépenses de soins auprès des professionnels de santé pour la part obligatoire ainsi que, le cas échéant, le montant du forfait journalier.

²⁰ Article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

Le ticket modérateur, sauf cas d'exonération, est pris en charge par l'administration pénitentiaire qui le rembourse ultérieurement à l'assuré ainsi que, le cas échéant, le forfait journalier.

Il est important de rappeler que le non-respect du parcours de soins est passible de sanction, la participation de l'assuré étant majorée en cas de consultations réalisées hors parcours ou lorsque la personne n'a pas désigné de médecin traitant²¹.

Dans ce cas de figure, **pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle dans les conditions de droit commun, les consultations ne peuvent faire l'objet de dispense d'avance de frais.** L'administration pénitentiaire remboursera ultérieurement l'intéressé du ticket modérateur selon le pourcentage appliqué de droit commun approprié lorsque le parcours de soins est respecté²². La différence restera à la charge de l'assuré.

c. Personne en semi-liberté ou en placement à l'extérieur ou placée sous surveillance électronique et exerçant une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres

Les personnes bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du CPP et exerçant une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, sont affiliées au régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité²³. À ce titre, elles peuvent bénéficier non seulement des prestations de ce régime (régime général ou autre régime obligatoire) ainsi que des prestations en espèces telles que les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie.

Il en est de même pour les personnes condamnées placées sous surveillance électronique en application de l'article L. 723-7 du CPP exerçant une activité professionnelle dans les conditions de droit commun. Ces personnes bénéficient d'une prise en charge de droit commun, à l'instar de n'importe quel autre assuré et sont soumises aux mêmes obligations (parcours de soins).

Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maladie du régime dont ils relèvent au titre de leur activité. Ils sont alors pris en charge dans les mêmes conditions que les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle (tiers payant et ticket modérateur pris en charge par l'administration pénitentiaire).

Cas des personnes en semi-liberté ou en placement à l'extérieur ou placées sous surveillance électronique relevant d'une hospitalisation psychiatrique

L'art. D. 50 du CPP prévoit que les personnes hébergées par l'établissement pénitentiaire de façon continue ou discontinue (AMP) relevant d'une hospitalisation psychiatrique soient admises au sein d'une UHSA. Lorsque ces personnes exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, le lieu d'hospitalisation (UHSA) implique de facto une réincarcération de la personne ayant notamment pour conséquence de mettre fin au droit aux prestations en espèces. L'intéressé ne retrouvera donc ce droit que s'il reprend une activité professionnelle à l'issue de cette hospitalisation.

²¹ Article R. 322-1-1 du Code de la Sécurité sociale.

²² Article R. 322-1 1° du Code de la Sécurité sociale.

²³ Article L. 381-30 du Code de la Sécurité sociale.

B. PERSONNE BÉNÉFICIAIRE D'UNE PERMISSION DE SORTIR

Les personnes détenues en permission de sortir en application de l'article 723-3 du CPP sont à cette occasion dispensées de l'avance des frais pour les dépenses prises en charge par l'assurance maladie du régime général. La caisse du régime général assure le paiement de la part obligatoire pour l'intégralité des dépenses de soins (tant auprès des professionnels de santé que des établissements de santé) prises en charge par l'assurance maladie.

Le ticket modérateur, sauf cas d'exonération, est pris en charge par l'administration pénitentiaire qui le rembourse ultérieurement à l'assuré qui en aura fait l'avance. Il en est de même pour le forfait journalier.

La personne détenue doit cependant disposer de sa carte Vitale établie lors de son incarcération pendant la période de permission de sortir ou à défaut de l'attestation papier, pour être dispensée d'avance des frais.

C. CAS PARTICULIER DES PERSONNES DÉTENUES EN SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE DE FIN DE PEINE (SEFIP)

Les personnes concernées achèvent les quatre derniers mois de leur peine à leur domicile mais leur statut juridique est identique à celui d'une personne incarcérée, il ne s'agit pas d'un aménagement de peine.

Étant autorisés à se déplacer quelques heures par jour, les intéressés ont néanmoins, à cette occasion, accès aux soins de ville dans les mêmes conditions que celles prévues pour les personnes en aménagement de peine n'exerçant pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres (*Cf.* paragraphe IV-1-2).

V - COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

Les personnes détenues, qu'elles soient incarcérées ou en aménagement de peine, **peuvent avoir une protection complémentaire pendant leur détention** afin de couvrir les dépenses qui ne sont prises en charge ni par l'assurance maladie ni par l'administration pénitentiaire, notamment les frais d'optique et de prothèses dentaires.

En cas de faibles ressources, cette complémentaire peut être gratuite ou son financement peut être partiellement pris en charge.

Toutefois, une personne détenue étrangère qui était en situation irrégulière avant sa détention, n'a droit ni à cette complémentaire santé gratuite ni à l'aide à son financement.

A. LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ (CMUc)²⁴

Les personnes détenues disposant de ressources modestes doivent pouvoir faire valoir leurs droits à la CMUc comme le reste de la population et accéder pleinement au système de santé dans les meilleures conditions pendant leur détention et après leur libération.

Le plafond de ressources varie en fonction de la composition du foyer et est revu au 1^{er} juillet de chaque année (7771 € de revenus annuels pour une personne seule au 1^{er} juillet 2011).

Les services pénitentiaires, en lien avec les professionnels de la PJJ pour les mineurs et les caisses doivent se rapprocher afin d'en organiser au mieux la mise en œuvre.

Le droit à la CMUc débute au premier jour du mois suivant la date de la décision d'attribution. Toutefois, lorsque la situation du demandeur l'exige et notamment lorsque la personne détenue a besoin de soins urgents, l'ouverture du droit se fait au premier jour du mois de la demande.

Le droit à la CMUc est accordé pour une période d'un an renouvelable. Il est maintenu pour la durée restant à courir lorsqu'il a été attribué avant l'incarcération.

a. Contenu de la prise en charge

Cette protection complémentaire prend en charge la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale (ticket modérateur) lorsqu'il n'est pas déjà pris en charge à un autre titre. Elle prend également en charge le forfait journalier hospitalier ainsi que les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel dont les prothèses auditives et l'optique dans des limites fixées par arrêtés²⁵.

Ces dépenses sont prises en charge selon la procédure de dispense d'avance des frais pour permettre aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique.

Les médecins ne peuvent appliquer de dépassement de tarifs aux bénéficiaires de la CMUc, sauf exigences particulières de leur part. Ce dépassement reste alors à la charge des bénéficiaires.

b. Déclenchement de la demande

Pour que les personnes détenues puissent exercer leur droit à la CMUc, les services pénitentiaires demandent à la personne détenue, dès son incarcération, si elle en est bénéficiaire.

Si elle est déjà bénéficiaire de la CMUc, cette information est communiquée à la caisse du lieu de détention, en précisant la caisse d'affiliation (si elle est différente du lieu de détention), l'organisme gestionnaire et la période de validité du droit.

Afin d'éviter une rupture dans le bénéfice de la CMUc qui est accordée pour un an, la personne détenue est informée par les services pénitentiaires ou la PJJ si elle est mineure, qu'il lui appartient de renouveler sa demande deux mois avant l'expiration de son droit.

Si la personne détenue n'est pas bénéficiaire de la CMUc, elle doit en faire la demande à partir du formulaire qui doit être disponible auprès de l'établissement pénitentiaire.

²⁴ Art. L. 861-1 à L. 861-10 et R. 861-1 à R. 861-18 du Code de la Sécurité sociale.

²⁵ Arrêtés des 10 avril, 14 août 2002 et 30 mai 2006.

c. Organisme servant la prestation

La CMUc est attribuée pour une durée d’un an par la caisse d’affiliation du demandeur. Elle est gérée, au choix du demandeur, soit par sa caisse, soit par un organisme de protection sociale complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance) participant au dispositif.

d. Documents nécessaires pour justifier du droit à la CMUc

La caisse doit remettre une attestation de droit à toute personne détenue venant à bénéficier de la CMUc. Lorsque la personne détenue avait droit à la CMUc avant la détention, la caisse du lieu de détention doit établir une nouvelle attestation de droit. Lorsque le foyer CMUc est composé d’autres personnes, une attestation doit également être remise aux membres du foyer CMUc afin qu’ils soient en mesure de faire valoir leur droit à la CMUc auprès des professionnels de santé.

e. Circuit de la prise en charge

Le circuit de la prise en charge s’établit comme suit :

- si la personne détenue bénéficie d’un soin au sein de l’unité sanitaire de l’établissement pénitentiaire, ce dernier prend en charge le ticket modérateur. Les dépassements de tarifs autorisés dans les limites fixées par arrêtés sont facturés par l’établissement hospitalier à la caisse d’affiliation de la personne détenue et pris en charge au titre de la CMUc. Aucune avance de frais ne peut être demandée à la personne détenue ;
- si cet acte est réalisé lors d’une hospitalisation ou en consultation externe hospitalière, la personne détenue est prise en charge intégralement. Aucune avance de frais ne peut lui être demandée. L’établissement hospitalier est remboursé pour la part des dépenses relatives au ticket modérateur et au forfait journalier hospitalier par l’administration pénitentiaire ;
- si l’acte est pratiqué en ville, c’est-à-dire hors de l’unité sanitaire, hors hospitalisation et hors consultation externe hospitalière, la prise en charge incombe pour la part obligatoire au régime d’affiliation de la personne détenue et pour la part complémentaire, à la CMUc. En cas de dépassements autorisés, la prise en charge intervient dans les limites fixées par arrêtés. Aucune avance de frais ne peut être demandée à la personne détenue. Ce dernier cas ne concerne que les personnes détenues bénéficiant d’un aménagement de peine.

La caisse du lieu d’implantation de l’établissement pénitentiaire ou du domicile de la personne (en cas d’aménagement de peine) effectue directement le règlement auprès du professionnel de santé sans que l’établissement pénitentiaire ait à intervenir.

B. AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)²⁶

a. Objectif et avantage de l'aide pour une complémentaire santé (ACS)

L’aide à l’acquisition concerne les personnes dont les ressources dépassent le plafond fixé pour l’attribution de la CMU complémentaire, dans la limite de 35 %. Elle ouvre droit à une déduction sur le montant de cotisation de l’organisme de protection complémentaire.

b. Déclenchement de la demande

Pour effectuer une demande d’aide pour une complémentaire santé, le demandeur doit remplir le formulaire « *CMU complémentaire et aide pour une complémentaire santé* ». C’est le même formulaire qui permet de solliciter la CMU complémentaire. Les pièces justificatives nécessaires et la déclaration de ressources doivent être jointes.

c. Contenu de la prise en charge

1. Contenu et durée du droit

- **Une attestation-chèque** (par individu composant le foyer et selon son âge) à faire valoir auprès de la complémentaire santé actuelle ou de celle qui sera choisie.
- **La dispense de l’avance de frais** sur la partie prise en charge par l’assurance maladie lors des consultations médicales, dans le cadre du parcours de soins coordonné pour les personnes en aménagement de peine exerçant une activité de droit commun sous réserve de présenter l’attestation de dispense d’avance de frais au professionnel de santé, accompagnée de la carte Vitale. Cette dispense d’avance de frais est valable 18 mois à compter de l’émission de l’attestation-chèque.

2. Montant de la déduction

Le montant de l’aide pour une complémentaire santé varie selon l’âge du bénéficiaire apprécié au 1^{er} janvier de l’année en cours et est accordé par individu.

ÂGE DU BÉNÉFICIAIRE AU 1 ^{ER} JANVIER	MONTANT DE L'AIDE
moins de 16 ans	100 €
de 16 à 49 ans	200 €
de 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	500 €

Chaque bénéficiaire de plus de 16 ans peut choisir individuellement l’organisme qui gèrera sa complémentaire santé. **Si la personne est déjà affiliée à un organisme** (mutuelle, institution de prévoyance, société d’assurance), elle doit présenter l’original de l’attestation de droit au plus tard six mois après son obtention, pour obtenir la réduction sur la cotisation ou prime. **Si la personne n’est affiliée à aucun organisme de protection complémentaire**, elle doit en choisir un, librement, dans le délai de six mois de validité de l’attestation et lui présenter l’original de cette dernière. Au-delà de ces six mois, la demande d’aide à une complémentaire santé doit être renouvelée.

²⁶ Articles L. 863-1 à L. 863-6 et R. 863-1 à R. 863-7 du Code de la Sécurité sociale.



d. Caractéristiques du contrat ou de l'adhésion

Le contrat établi entre l'organisme complémentaire et l'intéressé doit :

- **être responsable**, c'est-à-dire qu'il ne doit pas, notamment, rembourser les sommes restant à la charge de l'assuré (exemple : participation forfaitaire d'un euro pour une consultation médicale) ;
- **être individuel**, sachant que les contrats collectifs à adhésion obligatoire (dans le cadre d'un emploi) ne permettent pas de bénéficier du dispositif.

L'organisme de complémentaire santé n'est pas obligé d'accepter les bénéficiaires de cette aide. Rien ne l'y oblige. Il faudra peut-être résilier le contrat afin de bénéficier de la déduction auprès d'un autre organisme.

VI - LA PROTECTION SOCIALE DE LA PERSONNE DÉTENUE À SA LIBÉRATION

A. LE MAINTIEN DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITÉ

Au moment de leur libération, les personnes détenues, qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie à un autre titre, bénéficient, à compter du jour de leur sortie de l'établissement pénitentiaire, des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire dont elles relevaient avant leur détention ou, à défaut, du régime général, pendant une période de 12 mois²⁷.

La personne détenue mineure peut retrouver, à sa libération, sa qualité d'ayant droit. Elle peut cependant bénéficier d'un maintien de droit d'un an si elle ne relève à cette date d'aucun autre régime d'assurance maladie. Elle peut également être affiliée à la CMU de base et bénéficier de la CMU complémentaire. Si elle vient à relever de la PJJ, il appartient au service qui la prend en charge d'examiner avec la caisse de sécurité sociale compétente, au regard de sa situation et en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale, le régime de couverture sociale le plus adapté.

B. PERSONNES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Le maintien de droit n'est pas applicable aux personnes de nationalité étrangère qui ne satisfont pas aux conditions de régularité au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France²⁸.

Il est proposé à l'intéressé de remplir une demande d'aide médicale de l'État et de l'accompagner dans la constitution de son dossier.

Cependant celui-ci ne pourra pas être complet tant que la personne ne sera pas en possession de son bulletin de sortie. Ce n'est qu'à ce moment que le dossier pourra être déposé à la caisse compétente qui devra l'instruire en priorité.

²⁷ Articles L. 161-13 et R. 161-4 du Code de la Sécurité sociale.

²⁸ Article L. 381-30-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le mineur en situation irrégulière bénéficie de l'aide médicale de l'État (AME) dès sa sortie de prison et ce sans condition de résidence, même si les détenteurs de l'autorité parentale ne peuvent en bénéficier pour des délais de résidence de trois mois non encore remplis ou de ressources au-delà du plafond.

C. LE MAINTIEN DE DROIT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES

La personne détenue dont l'incarcération a été d'une durée inférieure ou égale à 12 mois et qui reprend son activité professionnelle à sa libération, retrouve le droit aux prestations en espèces dont elle bénéficiait antérieurement et dans le régime dont elle relevait avant son incarcération²⁹.

En cas de non reprise d'une activité professionnelle à l'issue de la période d'incarcération, le droit aux prestations en espèces est également maintenu pendant trois mois³⁰ sous réserve que l'incarcération a été d'une durée inférieure ou égale à 12 mois.

NB : Il est rappelé que pour l'ouverture des droits aux prestations en espèces, chaque journée pendant laquelle l'assuré a bénéficié d'une détention provisoire est considérée comme équivalant à six heures de travail salarié ou six fois la valeur du Smic au 1^{er} janvier qui précède immédiatement la période de référence pour l'ouverture des droits aux prestations³¹.

Le dispositif de maintien de droit est également applicable aux personnes bénéficiant d'une suspension de peine ou d'une libération conditionnelle.

²⁹ Articles L. 161-13-1 et R. 161-4-1 alinéa 1 du Code de la Sécurité sociale.

³⁰ Articles L. 161-13-1 et R. 161-4-1 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale.

³¹ Article R. 313-8-5° du Code de la Sécurité sociale.

MODALITÉS FINANCIÈRES DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES

I - CADRE BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE HOSPITALIER

Les dépenses et les recettes afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier sont retracées dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) du compte de résultat principal de l'établissement de santé de rattachement. À la clôture de chaque exercice, un état retraçant les dépenses et les recettes afférentes à ces soins est établi par l'établissement de santé.

Afin de pouvoir évaluer le montant des factures qui seront présentées à l'établissement pénitentiaire au titre du ticket modérateur et du forfait journalier, le directeur de l'établissement de santé adresse au chef d'établissement pénitentiaire un état des charges et produits de cette unité de soins, et/ou les parties reprenant l'activité et les recettes prévisionnelles et réalisées de l'EPRD relatives à l'UCSA pour l'année n.

II - MODALITÉS DE FINANCEMENT DES SOINS AUX PERSONNES DÉTENUES

A. DÉPENSES DE SOINS SOMATIQUES

a. Prise en charge par l'assurance maladie

En application de l'article L.162-22-13 du Code de la Sécurité sociale, les frais d'hospitalisation et ceux relatifs aux consultations et aux soins externes dispensés aux personnes détenues en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire, sont financés par l'assurance maladie au travers :

- des recettes liées à l'activité issues de la facturation des actes et prestations délivrés par les établissements de santé.
- Pour les unités sanitaires, il s'agit des actes facturés dans le cadre des consultations et soins externes (consultations, actes médico-techniques, actes infirmiers...). Ceux-ci doivent être inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et/ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM).
- Pour les UHSI et les chambres sécurisées, les catégories de prestations d'hospitalisation (GHS, forfaits) facturées sont définies à l'article R. 162-32 du Code de la Sécurité sociale et précisées par l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du Code de la Sécurité sociale ;

- des crédits alloués aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général (MIG) relatives à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (trois dotations : MIG UCSA, MIG UHSI et MIG chambres sécurisées) qui ont vocation à financer les actes et prestations spécifiques de ces unités de soins qui ne peuvent être tarifées et ne sont donc pas couvertes par des recettes d'activité.

Pour plus de détails sur le calibrage de ces dotations : Cf. Guide MIGAC

b. Prise en charge par l'administration pénitentiaire

1. Ticket modérateur (TM)/forfait journalier hospitalier (FJH)

Conformément à l'article L. 381-30-5 du CSS, l'administration pénitentiaire verse à l'établissement de santé le ticket modérateur, correspondant à la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie, sauf en cas d'exonération (soins en rapport avec une ALD, titulaire d'une pension d'invalidité, soins pris en charge par l'assurance maternité, etc.). Suivant les prises en charge réalisées, le TM peut comporter différents éléments :

En cas d'activité ambulatoire

Le ticket modérateur calculé sur la base des tarifs des consultations et actes externes, est fixé au niveau national.

En cas d'hospitalisation de jour

Le ticket modérateur est calculé sur la base de 20 % des tarifs journaliers de prestation (TJP).

Les tarifs journaliers de prestations sont fixés par les établissements de santé en accord avec l'ARS. Ceux-ci sont actualisés par publication d'un arrêté. Le ticket modérateur, calculé sur cette base, peut donc varier d'un établissement à l'autre en fonction de son TJP.

En cas d'hospitalisation complète

Le ticket modérateur est égal à 20 % du TJP, celui-ci incluant le forfait journalier hospitalier (FJH)³².

Le montant du FJH, facturable pour tout séjour hospitalier³³, est fixé au niveau national par un arrêté ministériel³⁴. Pour les patients exonérés du TM (pour une autre raison que l'exonération en cas d'actes coûteux (> 120 euros)), seule le FJH est facturé.

Les règles de facturation sont précisées dans la circulaire DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

2. Modalités de facturation du TM et du FJH

Pour le remboursement du TM et du FJH restant à la charge de l'administration pénitentiaire, le ou les établissements de santé adressent au fil de l'eau une facturation établie sur des états nominatifs incluant un relevé des actes et des prestations, leur valorisation, le taux de prise en charge et le montant des frais restant à la charge de l'administration pénitentiaire.

³² Le calcul exact est le suivant : 20 % TJP * (nb jours - 1) + forfait du jour de sortie (FJS = 18 €).

³³ La circulaire DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, dispose que le FJH ne s'applique ni aux séjours de moins de 24 heures (hospitalisation de jour, prises en charge de moins d'une journée, hospitalisation de nuit), ni aux séances de chimiothérapie, d'hémodialyse, de radiothérapie et assimilés, ni aux consultations externes.

³⁴ Le FJH est égal à 18 € par jour depuis le 1^{er} janvier 2010 en hôpital ou en clinique et à 13,50 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

Cette règle constitue un objectif cible. Elle peut être adaptée, les titres de recettes individuels pouvant être globalisés trimestriellement ou mensuellement.

Ces modalités et la fréquence de facturation sont définies entre les deux établissements dans le protocole les liant (Cf. Modèle de protocole et annexes au protocole, Partie 3).

Le paiement par l'administration pénitentiaire des sommes dues à l'établissement de santé doit intervenir dans les deux mois qui suivent la date de l'émission du titre de recettes par l'établissement de santé.

Cette règle constitue un objectif cible et peut donc être adaptée selon les modalités définies au niveau local. Cependant, le paiement de ces sommes **ne doit pas être effectué plus de 12 mois après l'émission** du titre de recettes **même** pendant la période transitoire.

B. DÉPENSES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Les dépenses de soins psychiatriques assurés au sein des unités sanitaires ou en milieu hospitalier sont financées par l'assurance maladie par la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) allouée à ces établissements de santé.

Conformément à l'article L. 162-26 du Code de la Sécurité sociale (CSS), seule la part des consultations et actes externes pris en charge par l'assurance maladie est incluse dans la dotation annuelle de financement. L'établissement pénitentiaire s'acquitte donc, selon le statut du patient, du TM et du FJH.

De la même manière que pour les soins somatiques, et conformément à l'article L. 381-30-5 du CSS, l'administration pénitentiaire verse à l'établissement de santé le TM correspondant à la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie, sauf en cas d'exonération (soins en rapport avec une ALD, titulaire d'une pension d'invalidité, soins pris en charge par l'assurance maternité, etc.). Celui-ci inclut le forfait journalier hospitalier (FJH) pour tout séjour hospitalier (sauf le forfait journalier du jour de sortie) pour les patients non exonérés du TM (rappelons que le patient non exonéré du TM est redevable du FJH à partir du 31^e jour d'hospitalisation). Pour les patients exonérés du TM, le FJH est dû (en plus du ticket modérateur forfaitaire (TMF) de 18 euros lorsqu'il s'agit d'une exonération pour acte coûteux).

C. MÉDICAMENTS

En cas d'hospitalisation, les médicaments sont inclus dans les tarifs des prestations d'hospitalisation (GHS, forfaits), à l'exception des médicaments figurant sur la liste en sus³⁵.

Concernant les médicaments dispensés au sein des unités sanitaires, le TM est fixé forfaitairement à 40 % pour les médicaments non remboursés à 100 %. Lorsque des médicaments sont prescrits dans le cadre d'une ALD, le TM n'est pas dû par l'AP. La facturation du TM à l'établissement pénitentiaire est donc globale sans identification possible de la personne détenue.

Les modalités de prise en charge par l'assurance maladie ainsi que celles liées à la facturation du ticket modérateur à l'administration pénitentiaire seront précisées d'ici la fin 2012.

³⁵ Les médicaments figurant sur cette liste font l'objet d'une consommation trop irrégulière pour être inclus dans les tarifs. Ils font l'objet d'une facturation spécifique et sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

D. TRANSPORTS SANITAIRES

a. Les règles de prise en charge de transport de patients détenus

1. Transport primaire : transport entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé

À l'exception des UHSA (décret n° 2010-507 du 18 mai 2010), les règles de droit commun s'appliquent pour la prise en charge des transferts vers et depuis les établissements de santé en considérant que le point de départ ou de retour de la personne détenue est l'établissement pénitentiaire. Le transport entre ces deux structures est appelé transport primaire.

Aussi, sous réserve de l'existence des conditions de prise en charge définies aux articles R. 322-10 et suivants du Code de la Sécurité sociale (notamment la prescription médicale), l'assurance maladie prend en charge la part obligatoire, le TM étant à la charge de l'administration pénitentiaire.

La facturation est établie par le transporteur directement auprès des caisses locales d'assurance maladie et auprès de l'établissement pénitentiaire pour la part correspondant au ticket modérateur. Le transporteur doit donc être habilité à pratiquer le tiers payant.

Lorsque les conditions de prise en charge ne sont pas réunies, l'utilisation de transports (sanitaires ou pénitentiaires) ne relève pas de l'assurance maladie et appartient alors à l'administration pénitentiaire.

2. Transport secondaire : transport entre deux établissements de santé

Tout transport sanitaire entre deux établissements de santé est considéré comme un transport secondaire³⁶. L'identification du responsable de la prise en charge dépend de la qualification de ce transport secondaire. On distingue deux cas de figure selon la durée de l'hospitalisation :

Les transferts provisoires

Ils correspondent aux transports suite auxquels les patients séjournent moins de 48 heures dans l'établissement d'accueil et s'inscrivent dans le cadre d'une prestation interétablissement.

L'établissement dans lequel est hospitalisé le patient au moment du premier transport prend en charge le transport complet (aller/retour).

Les transferts définitifs

Le patient transporté séjourne plus de 48 heures dans l'établissement d'accueil ou ne retourne pas dans son établissement d'origine. Il s'agit d'une nouvelle hospitalisation, sans prestation interétablissements.

L'assurance maladie assure la prise en charge de ces transports dans les mêmes conditions que les transports primaires.

³⁶ Si la personne fait l'objet d'une hospitalisation de jour en psychiatrie dans une unité de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire de niveau 2, le transport de cette unité au sein de l'établissement pénitentiaire à l'établissement de santé, lorsqu'il est réalisé dans la journée, relève du transport secondaire.

3. Transport au sein d'un même établissement

Dans le cas du transport d'un patient entre deux unités hospitalières d'un même établissement de santé, l'organisation de celui-ci et les frais y afférents sont à sa charge.

L'annexe W « Transports sanitaires » explicite selon la nature de ces transports les règles d'organisation et de prise en charge financière.

b. Modalités de transport de patients détenus

Les modalités d'intervention et de détermination des transports sont conditionnées par les règles de prise en charge.

1. Transport à la charge de l'établissement pénitentiaire

Lorsque le transport est à la charge de l'établissement pénitentiaire (c'est-à-dire qu'il ne fait pas l'objet d'une prescription médicale), le mode de transport utilisé est décidé par celui-ci.

2. Transport à la charge de l'assurance maladie

Lorsque le transport est pris en charge par l'assurance maladie (conditions définies à l'article R. 322-10 et suivant du CSS), le transport utilisé est :

- soit un transport sanitaire³⁷ tel que défini à l'article L. 6312-1 du CSP. Il couvre tout transport réalisé pour des raisons de soins ou de diagnostic et effectué sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale. Le transport du patient est alors réalisé par un véhicule sanitaire : une ambulance en cas de position couchée ou un véhicule sanitaire léger (VSL) pour un transport assis ;
- soit un taxi conventionné, lequel est autorisé à effectuer des transports assis de patient lorsqu'il a adhéré à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés conclue avec la CNAMTS.

3. Transport à la charge de l'établissement de santé

Lorsque le transport est à la charge de l'établissement de santé (transfert interhospitalier provisoire), le transport utilisé est un transport sanitaire organisé par ce dernier.

4. Transports médicalisés SMUR

Le transport médicalisé SMUR est organisé et réalisé par l'établissement de santé autorisé conformément aux articles R. 6123-1 et R. 6123-15 du CSP.

³⁷ Les transports sanitaires sont assurés par des sociétés de transports sanitaires agréées et conventionnées ou des établissements de santé avec des véhicules autorisés par l'ARS.

c. Cas particulier des transports pour hospitalisation en psychiatrie

Tous les transports de retour, de l'établissement de santé vers l'établissement pénitentiaire, incombent à ce dernier, sauf si l'état du patient nécessite une prescription médicale de transport sanitaire.

S'agissant des transports de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé, deux principes s'appliquent :

- l'organisation et le financement des transports pour les hospitalisations avec consentement incombent à l'administration pénitentiaire.
Ces transports ont lieu vers les UHSA (article R. 3214-21 du Code de la santé publique). Si un accompagnement du personnel soignant est nécessaire, celui-ci est à la charge de l'établissement de santé (inclus dans la dotation DAF) ;
- l'organisation et le financement des transports pour les hospitalisations sans consentement incombent aux établissements de santé.
Une prescription médicale de transport sanitaire n'est pas nécessaire dans ce cas (l'arrêt d'hospitalisation sans consentement ne vaut pas prescription).
Ces transports ne font l'objet d'aucune facturation à l'assurance maladie. Leur financement est supporté par la dotation DAF de l'établissement³⁸.
En application de l'article L. 3222-1-1 du CSP, ces transports répondent aux conditions du transport sanitaire. L'établissement de santé assure ses transports par ses propres moyens ou par un transporteur privé.

E. DISPOSITIFS MÉDICAUX À USAGE INDIVIDUEL

a. Prise en charge des dispositifs médicaux à usage individuel

Il s'agit des produits et des prestations inscrits sur la liste des produits et des prestations (LPP) (art. L. 165-1 du CSS). Ils font l'objet d'une facturation à l'assurance maladie. Ils sont pris en charge sur la base des tarifs de responsabilité conformément à l'article L. 165-2 du CSS (la dotation MIG n'a donc pas vocation à les financer). Selon les tarifs en vigueur, le TM est opposable à l'établissement pénitentiaire, comme pour toute autre prestation.

b. Modalités de prise en charge des dépassements concernant les dispositifs médicaux à usage individuel

Les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sur les appareillages et prothèses ne sont pas à financer sur l'enveloppe MIG.
En effet, les modalités de prise en charge des dépassements sont conditionnées par le fait que la personne détenue dispose ou non d'une complémentaire santé.

1. Personne détenue bénéficiaire d'une complémentaire santé (financée ou non par l'ACS) ou de la CMUc

La CMUc prend en charge les dépassements non couverts par l'assurance maladie dans des limites fixées par arrêté. L'organisme complémentaire prend en charge les dépassements non couverts par l'assurance maladie selon les modalités de contrat ou d'adhésion.

³⁸ À noter que pour les UHSA, la dotation DAF a été calibrée en fonction d'un budget prévisionnel, dont le titre 1 prend en compte le personnel dédié aux transports et le titre 3 prend en compte les frais de transport (type péage) et les frais d'entretien du véhicule, l'amortissement du véhicule, et la consommation de carburant.

Les fonds d'action sanitaire et social de l'AM et/ou de l'AP peuvent être attribués selon les circonstances en sus des autres prises en charge.

2. Personne détenue ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé

Ces situations concernent les personnes ayant un niveau de ressources trop élevé pour bénéficier de la CMUc ou de l'ACS mais néanmoins insuffisant pour le financement d'une complémentaire dans les conditions de droit commun.

Ces personnes peuvent demander à bénéficier d'une aide des fonds d'action sanitaire et sociale de l'AM et/ou de l'AP.

Ces aides doivent être utilisées pour le paiement de la prestation. Cette demande doit être anticipée par l'établissement préalable d'un devis établi.

En revanche, les personnes en situation irrégulière ne peuvent bénéficier d'aucune aide publique (CMUc, ACS, fonds de l'AP...).

F. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES DÉPISTAGES DU VIH ET DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) PAR LES CDAG ET LES CIDDIST

a. Modalités de prise en charge des dépistages VIH, VHB et VHC

1. Au sein des CDAG

Toutes les prestations (consultations, prélèvements, analyses) effectuées au sein d'un CDAG sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie (art. L. 3121-2 du CSP).

Les actes qui y sont réalisés ne donnent donc pas lieu à une facturation du TM à l'établissement pénitentiaire. Les frais de fonctionnement d'un CDAG hospitalier sont assurés par une dotation MIG. S'il s'agit de structures extrahospitalières celles-ci sont financées par l'assurance maladie dans le cadre de l'Ondam « soins de ville ».

2. Au sein des unités sanitaires (établissements de santé)

Les prestations relatives au dépistage (consultations et analyses) sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie.

L'acte technique (prélèvement) est par contre pris en charge dans les conditions de droit commun (facturation de la part obligatoire à l'assurance maladie d'une part, et du ticket modérateur à l'administration pénitentiaire d'autre part – sauf cas d'exonération du TM). Seule la sérologie VHB ne rentre pas dans ce cas et fait donc l'objet d'une facturation (part obligatoire et ticket modérateur).

b. Modalités de prise en charge des dépistages des IST

1. Au sein des CIDDIST

Toutes les prestations (consultations, prélèvements, analyses et traitements ambulatoires) concernant les IST effectuées au sein d'un CIDDIST lorsqu'il intervient en milieu pénitentiaire sont prises en charge à 100 % dans le cadre des dotations allouées à ces structures (dotation globale de fonctionnement du conseil général lorsqu'elles sont gérées par celui-ci, ou dotation ARS provenant du FIR lorsqu'elles sont habilitées par celle-ci). L'assurance maladie peut compléter ces financements. Les actes qui y sont réalisés ne donnent donc pas lieu à une facturation du TM à l'établissement pénitentiaire.

2. Au sein des unités sanitaires (établissements de santé)

Le dépistage des IST fait l'objet d'une facturation en fonction des actes et consultations réalisés, selon les modalités de droit commun.

Seul le dépistage du VIH est pris en charge à 100 % et ne fait donc pas l'objet de facturation.

c. Modalité de prise en charge des dépistages de la tuberculose

Les CLAT interviennent pour le dépistage et/ou enquête autour d'un cas (Cf. fiche « Prévention et réduction des risques infectieux », Partie 2 ; Cahier IV).

Toutes les prestations (consultations, prélèvements, analyses et traitements ambulatoires) effectuées au sein d'un CLAT sont prises en charge à 100 % dans le cadre des dotations allouées à ces structures (budgets pouvant provenir de plusieurs sources de financement).

Les actes qui y sont réalisés ne donnent donc pas lieu à une facturation du TM à l'établissement pénitentiaire.

G. LE FINANCEMENT DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Les modalités de fonctionnement et de prise en charge seront précisées d'ici la fin 2012.

III - MODALITÉS DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS ASSOCIÉES

A. FRAIS DE TRANSPORT ET DE DÉPLACEMENT DE PERSONNEL HOSPITALIER OU DE PRODUITS ET DE MATÉRIELS ENTRE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

Ces frais ne sont en aucun cas pris en charge par l'assurance maladie.

Les frais de déplacement du personnel hospitalier mentionnés au 3° R. 6112-22 du CSP et les frais de transport des produits et des matériels mentionnés aux 3° de l'article R. 6112-19 du CSP engagés par l'établissement de santé sont remboursés par l'administration pénitentiaire, dans les conditions suivantes :

- le remboursement des frais de déplacement des personnels est assuré sur la base des tarifs fixés par arrêté interministériel, prévu par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement

des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique de l'État sur le territoire métropolitain de la France. Le remboursement des frais de déplacement s'effectue sur présentation d'un état nominatif fourni par le directeur de l'établissement de santé à l'administration pénitentiaire ;

- la base de remboursement des frais de transport des biens est le coût de l'unité d'œuvre de l'activité « transports » calculé à partir des éléments de la comptabilité analytique de l'établissement de santé. Le remboursement s'effectue à partir des justificatifs présentés par l'établissement de santé portant sur le nombre de kilomètres parcourus (trajet le plus court) et sur le coût de l'unité d'œuvre de l'activité « transport » (hors transports sanitaires). En cas d'absence de données provenant de la comptabilité analytique de l'établissement, la base de remboursement des frais de transport des biens et les modalités de remboursement sont déterminés à partir du dernier coût moyen connu de la fonction « transport » publié chaque année par la base nationale de comptabilité analytique hospitalière (dite base d'Angers).

B. FINANCEMENT DE L'AMÉNAGEMENT ET DE L'ÉQUIPEMENT DES LOCAUX MIS À DISPOSITION DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES (2^o ARTICLE R. 6112-22 DU CSP)

Selon l'article L. 381.30.6.3^o du CSS, l'établissement pénitentiaire assure directement les charges de la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux pénitentiaires spécialisés destinés aux consultations et aux examens. En conséquence, aucune relation financière n'est à prévoir entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire, sauf en ce qui concerne l'entretien et l'hygiène des locaux (voir paragraphe suivant).

L'administration pénitentiaire prend à sa charge :

- l'aménagement immobilier des locaux, y compris le câblage (électrique, téléphonique et informatique) ainsi que les installations des prises nécessaires et en assure la maintenance ;
- les consommations d'eau, d'électricité et de chauffage.

L'établissement de santé prend à sa charge :

- le mobilier, l'installation, la maintenance et l'entretien des équipements médicaux et non médicaux des unités sanitaires ;
- les équipements en postes téléphoniques, informatiques et les liaisons informatiques avec l'établissement de santé en dehors des murs de l'établissement pénitentiaire ;
- les frais de fonctionnement liés à l'utilisation du téléphone, du fax et des réseaux informatiques (Internet notamment), y compris les frais d'ouverture de ligne et d'abonnement (Cf. protocole du 27 mai 2009).

C. FINANCEMENT DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX MIS À DISPOSITION DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES

L'entretien et l'hygiène des locaux des unités de soins doivent être assurés par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire.

Les modalités de fonctionnement et d'organisation seront définies entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé qui pourra notamment affecter ses propres agents ou des agents d'une entreprise d'entretien placés sous l'autorité du personnel hospitalier en cas de concession de cette fonction par l'établissement de santé.

La base de remboursement des frais d'entretien est fixée à partir du dernier coût moyen connu de la fonction « nettoyage » publiée chaque année par la base nationale de comptabilité hospitalière (dite base d'Angers) rapporté à la surface des locaux des unités de soins.

D. FINANCEMENT DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des unités sanitaires. À ce titre, elles coordonnent, pilotent et participent à l'élaboration du programme d'actions avec l'ensemble des partenaires. Les actions de promotion et d'éducation pour la santé sont financées par des crédits du Fonds d'intervention régional des agences régionales de santé (décret du 27/02/2012), délégués aux ARS et attribués après une procédure d'appel à projets aux candidats retenus, hospitaliers ou non, ou sous forme de subventions directes.

D'autres sources de financement existent provenant :

- des directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) qui peuvent participer au financement d'actions au travers d'appels à projets, voire à participer à des appels à projets communs avec les ARS ;
- des crédits de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), au travers d'appels à projets. Il s'agit de crédits départementaux gérés par les préfetures ou de crédits nationaux issus du fond de concours. Ces derniers varient d'une année sur l'autre ;
- des structures nationales, dans le cadre d'appels à projets, comme l'Inpes ou le secteur associatif ;
- des conseils généraux au travers de certaines actions menées par leurs structures (centre de planification ou d'éducation familiale par exemple) ;
- du secteur associatif qui peut réaliser des actions sur ses propres financements.

CAHIER IV

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES ET PRÉVENTION

P. 161 > 215

PRÉVENTION, REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DU SUICIDE

Le maintien à un niveau élevé du taux de suicide dans la population carcérale (18 pour 10 000 personnes détenues en 2010) nécessite la mobilisation des services sanitaires, pénitentiaires et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) pour la prévention de ce risque, incluant également le repérage précoce, la prise en charge de la crise suicidaire et la postvention.

La première semaine d'incarcération est particulièrement à risque ; en 2009 et 2010, 13 % à 15 % des suicides ont eu lieu lors des dix premiers jours de l'incarcération. Le quartier disciplinaire est un lieu sensible en termes de risque de passage à l'acte suicidaire : 15 % des suicides y ont été recensés en 2009 et 12 % en 2010¹.

Des données complémentaires sont disponibles dans les articles suivants :

- « Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens », Revue *Populations et sociétés*, n° 462, décembre 2009, Ined.
- « L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945 », « Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de l'INVS, n° 47-48, décembre 2011.

La prévention, le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire s'inscrivent dans le cadre :

- des recommandations de la conférence de consensus clinique sur « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (ANAES, octobre 2000) ;
- de la circulaire conjointe Justice-Santé du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires, qui pose la base des actions de repérage, de formation disciplinaire et de postvention ;
- du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral ;
- du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « *politique de santé pour les personnes placées sous main de justice* » ;
- du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

¹Sources : DAP.

I - REPÉRAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE

A. DÉFINITION DE LA CRISE SUICIDAIRE

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.

« Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire.

La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. C'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle peut être difficile à identifier. »

« Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur différentes manifestations :

- l'expression d'idées et d'intentions suicidaires,
- des manifestations de crise psychique,
- dans un contexte de vulnérabilité. »²

B. MOYENS DE REPÉRAGE

Le repérage repose, entre autres, sur l'observation de toute personne détenue, connue ou perçue comme fragile. Celle-ci relève notamment des surveillants pénitentiaires ou des professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse pour les mineurs, ainsi que de toute personne en contact avec la personne détenue.

Le repérage doit être fait tout au long de la détention. Toutefois, certains moments de la détention sont reconnus comme étant plus à risque. Il peut s'agir de l'arrivée dans l'établissement pénitentiaire, du placement au quartier disciplinaire ou au quartier d'isolement pour les majeurs. De même, certains événements liés à l'instruction du dossier (extractions judiciaires, reconstitutions, procès...), des périodes de moindre activité (week-end), des événements familiaux difficiles, des incidents et des violences vécus en détention nécessitent la mise en œuvre d'un repérage individualisé du potentiel suicidaire.

Le signalement de la personne concernée au service médical peut être fait à tout moment par les personnes en contact avec celle-ci (personnel pénitentiaire, différents intervenants...) voire au cours de la commission pluridisciplinaire unique (CPU)/prévention du suicide et de la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire relative aux mineurs détenus/prévention du suicide pour les mineurs.

C. ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

L'évaluation du potentiel suicidaire peut être réalisée par le personnel sanitaire, pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Elle intègre trois dimensions : le risque, l'urgence et la dangerosité :

- le risque suicidaire recouvre la possibilité de décès à plus ou moins long terme : il comporte des facteurs individuels (dont sanitaires), familiaux, psychosociaux, et en l'occurrence judiciaires et pénitentiaires. Il peut être faible, moyen ou élevé ;

²Conférence de consensus, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », ANAES, octobre 2000.

- l'urgence suicidaire est la probabilité de décéder par suicide à très court terme. Son évaluation nécessite d'explorer la probabilité de décès par suicide, le niveau de souffrance de la personne concernée qui la conduit à l'idée de suicide, la façon et le moment auxquels elle pense réaliser son acte et les moyens dont elle dispose pour passer à l'acte ;
- la dangerosité est l'évaluation de la situation au regard des modalités du passage à l'acte suicidaire : cette évaluation porte sur la létalité du moyen envisagé et son accessibilité par la personne concernée.

a. Outils

À noter qu'un outil d'évaluation du potentiel suicidaire formalisé au travers d'une « grille d'évaluation du potentiel suicidaire » est renseigné par le personnel pénitentiaire à l'aide des éléments du dossier pénitentiaire et des déclarations de la personne détenue.

Cette grille est systématiquement remplie à l'issue de l'entretien effectué lors de l'arrivée en détention. Sa mise à jour est réalisée si nécessaire durant la période de la détention. Elle peut aider à la prise en charge des personnes détenues en crise suicidaire.

La grille d'évaluation du potentiel suicidaire est transmise aux membres de la CPU/prévention suicide. Elle est intégrée dans le cahier électronique de liaison (CEL). La CPU/prévention suicide examine toute situation pour lequel il existe un doute portant sur le potentiel suicidaire. Lorsqu'un mineur est concerné, ces actions sont mises en œuvre dans le cadre de la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire/prévention du suicide pour les mineurs.

Elle constitue enfin un support de dialogue et de communication lors des CPU/prévention suicide et des réunions hebdomadaires relatives aux mineurs. L'objet est de déterminer la surveillance et les actions de protection, d'aide et de soins dont la personne détenue ainsi repérée doit bénéficier.

b. Les mineurs

Concernant les mineurs repérés en risque suicidaire, les personnels pénitentiaires et de la PJJ adaptent les modalités de prise en charge. Le renforcement de l'intervention se traduit notamment par une présence accrue du service de la PJJ auprès du mineur concerné en termes, notamment, d'entretiens individuels et d'activités socio-éducatives.

II - PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES EN CRISE SUICIDAIRE

La prise en charge d'une personne en crise suicidaire relève d'une action concertée entre les différents partenaires pouvant être amenés à intervenir.

« Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : l'entourage proche doit essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et de soin. »³

Lorsqu'une personne détenue est repérée en crise suicidaire, elle est signalée au service médical ou fait l'objet, selon le degré d'urgence et en dehors des heures ouvrées, d'un appel du centre 15. Pour favoriser l'adhésion au soin, il est important que la personne soit informée de ce signalement.

A. PRISE EN CHARGE PÉNITENTIAIRE

a. Moyens d'actions

1. Plan individuel de protection (PIP)

Les personnes détenues repérées comme présentant un risque suicidaire élevé font l'objet d'une attention particulière de la part des personnels pénitentiaires.

Chaque personne repérée comme présentant un potentiel suicidaire moyen ou élevé peut bénéficier d'un plan individuel de protection (PIP), renseigné pendant la CPU/prévention suicide ou la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire si la personne détenue concernée est mineure.

Ce PIP comprend des décisions prises par la commission présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire.

Il comporte des mesures de protection déclinées en actions précises. Ces mesures visent à agir sur les déterminants de la souffrance pour lesquels une action est possible. Ce sont des données opérationnelles qui ont vocation à être diffusées à chaque service concerné. Elles peuvent aller de l'octroi d'une communication téléphonique supplémentaire à la demande rapide de consultation par le service médical voire indiquer le niveau de surveillance à mettre en place (surveillance adaptée, multiplication des rondes...).

2. Dotation de protection d'urgence (DPU), cellule de protection d'urgence (CproU)

En cas de crise suicidaire aiguë ou de risque imminent de passage à l'acte, le chef de l'établissement pénitentiaire peut décider de la remise d'une dotation de protection d'urgence (DPU) ou du placement dans une cellule de protection d'urgence (CproU)⁴.

³ Conférence de consensus, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », ANAES, octobre 2000.

⁴ Recommandation n° 12 du Plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide des personnes détenues.

2.1 Dotation de protection d'urgence (DPU)

La DPU est constituée :

- de deux couvertures indéchirables et résistantes au feu ;
- de vêtements déchirables à usage unique (tenue, gants et serviette de toilette).

La dotation de protection d'urgence (DPU) doit être utilisée pour les personnes placées en cellule de protection d'urgence. Elle peut l'être notamment pour celles affectées en cellule des quartiers arrivants, quartiers disciplinaires ou d'isolement, dans tous les cas lorsque la personne détenue est seule en cellule.

La décision de remettre une DPU à une personne détenue revient au chef d'établissement pénitentiaire en cas de risque imminent de passage à l'acte suicidaire et/ou de crise suicidaire aiguë⁵. Le service médical ou le centre 15 en dehors des heures ouvrées doivent être informés immédiatement des signes inquiétants que présentent la personne et qui ont provoqués la mise en place de la protection d'urgence, afin que toutes les mesures de prise en charge sanitaire nécessaires soient prises.

2.2 Placement dans une cellule de protection d'urgence (CproU)

Cette cellule configurée pour limiter les risques de pendaison (cellule lisse) est destinée à accueillir momentanément les personnes détenues dont l'état apparaît incompatible, en raison d'un risque suicidaire important ou lors d'une crise suicidaire aiguë, avec son placement ou son maintien en cellule ordinaire.

Le placement dans une cellule de protection d'urgence (CproU) est limité à 24 heures. Une dotation de protection d'urgence (couverture spécifique et vêtements déchirables)⁶ est systématiquement remise.

Le service médical ou le centre 15 en dehors des heures ouvrées, doivent être informés immédiatement des signes inquiétants que présente la personne et qui ont provoqués la mise en œuvre de ce placement, afin que toutes les mesures de prise en charge sanitaire nécessaires soient prises.

Le DPU et la CproU étant des mesures non sanitaires relevant du chef d'établissement pénitentiaire, leur maintien ou leur prolongation ne peut faire l'objet d'une prescription médicale.

En dehors du recours à ces moyens d'actions, lorsqu'une personne détenue est repérée en crise suicidaire, elle est signalée au service médical ou fait l'objet, selon le degré d'urgence et en dehors des heures ouvrées, d'un appel du centre 15.

b. Prise en charge des mineurs

Lorsque la personne détenue en crise est un mineur, les parents et/ou les détenteurs de l'autorité parentale sont avisés de la situation. Une information aux détenteurs de l'autorité parentale sur les mesures mises en œuvre devra être réalisée dans les meilleurs délais (Cf. fiche « *Droits des patients détenus* », Partie 2 ; Cahier I).

⁵ Fiche n° 4 du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral.

⁶ Fiche n° 9 du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral.

B. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE

L'entretien avec un personnel de santé est proposé à toute personne repérée comme étant en crise suicidaire afin :

- d'évaluer le degré d'urgence et de dangerosité de la crise suicidaire ;
- de prendre les mesures de prise en charge sanitaire nécessaires.

En fonction de l'évaluation de la situation signalée (urgence et dangerosité), le service sanitaire prendra la décision qui lui semble la plus adaptée (surveillance simple, consultation, hospitalisation...) en privilégiant, dans la mesure du possible, l'adhésion du patient aux soins.

III - LA POSTVENTION OU MIEUX LIMITER LES CONSÉQUENCES D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

La postvention comprend toutes les actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assuré des secours et celles qui avaient noué une relation avec la personne qui s'est suicidée (famille, détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs, amis, codétenus, professionnels, intervenants).

Il convient de prendre en compte également le ou les éventuels cocellulaires de la personne qui s'est suicidée, les codétenus l'ayant côtoyée (au travers d'activités en commun par exemple), ainsi que ceux traversant une crise suicidaire.

L'objectif est en effet de limiter le phénomène d'imitation qui peut exister chez des personnes fragiles.

Le chef de l'établissement pénitentiaire peut proposer un entretien avec un professionnel de santé intervenant dans l'établissement.

La possibilité de rencontrer un membre de l'équipe de soins est également proposée à la famille, ou au détenteur de l'autorité parentale lorsqu'il s'agit d'un mineur. L'information est relayée auprès du service éducatif de la PJJ afin d'accompagner ces personnes dans la réalisation de cette démarche.

S'agissant des personnels, le chef d'établissement organise un premier débriefing immédiatement après le suicide avec les professionnels ayant été impliqués dans la découverte et la gestion de l'événement. Celui-ci doit permettre de rassembler toutes les informations utiles et prendre les mesures pour le soutien des agents. Selon son degré d'implication le personnel sanitaire peut y être invité.

Un second débriefing est organisé dans le mois suivant l'événement. Il associe tous les acteurs et partenaires (sanitaire, PJJ, enseignants...). Les objectifs sont notamment, à partir des enseignements tirés, de conduire une réflexion sur l'amélioration des procédures de prévention du suicide mises en place au sein de l'établissement.

Un mémento sur les actions de postvention autour d'un cas de suicide d'une personne détenue « Que faire après un suicide ? » est mis à la disposition des directions interrégionales des services pénitentiaires, des chefs d'établissements pénitentiaires et des directeurs de SPIP.

Ce guide insiste sur les actions nécessaires à mettre en œuvre après la survenance d'un suicide afin de réduire son impact psychologique.

PRÉVENTION, REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

La prévalence élevée des addictions parmi les personnes entrant en détention en France est un constat établi. Il convient donc d'être particulièrement attentif pour assurer les meilleures conditions de prise en charge aux personnes concernées.

Le repérage des personnes dépendantes, la nécessité de soins adaptés et d'un suivi en détention ainsi que la continuité des soins à l'entrée et à la sortie de prison sont des étapes essentielles où chaque intervenant – sanitaire, social et pénitentiaire – doit agir en coordination.

Une note interministérielle de 2001⁷ précise un certain nombre de recommandations. Une instruction de novembre 2010⁸ reprecise les modalités de coordination des différents acteurs et de prise en charge.

I - PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN DÉTENTION

La prise en charge globale doit permettre le dépistage, le diagnostic et la définition d'un projet de soins dans lequel sont coordonnés, en tant que de besoin, le suivi du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi de traitement de substitution.

Les titulaires de l'autorité parentale des personnes détenues mineures sont avisés de cette démarche sous réserve des dispositions de l'art. L. 1111-5 du CSP relatif au droit au secret du mineur.

La prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addiction peut nécessiter l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.

Les principaux temps de la prise en charge sont le repérage, le diagnostic, la définition d'un projet de soins et la préparation à la sortie.

⁷Note interministérielle du 9 août 2001 (http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/04_actions_mesures/03_soin_insertion_reduction/Legislation_et_reglementation/Pdf/Note_interministerielle_9_aout_2001.pdf) relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites.

⁸Instruction n° DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 (http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=8634) relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

A. MODALITÉS DU REPÉRAGE À L'ENTRÉE EN DÉTENTION ET ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

Le repérage doit être effectué par les acteurs de première ligne que sont les professionnels des unités sanitaires, lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée et/ou dans les premiers jours suivants l'incarcération voire tout au long du parcours de la détention.

Cette consultation doit intégrer « un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac » et vérifier la prise éventuelle de traitements relatifs aux addictions (Cf. annexe 1 de l'instruction du 17 novembre 2010). À l'issue de ce repérage, une orientation est réalisée, si nécessaire, vers les professionnels spécialisés.

Le diagnostic est posé par un professionnel de santé compétent en addictologie qui définit un projet de soins adapté, si besoin spécialisé, et accessible dans le cadre de la détention.

B. DÉFINITION D'UN PROJET DE SOINS

Le projet de soins adapté intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi, si nécessaire, de traitements de substitution, la prise en charge d'éventuelles comorbidités somatiques et/ou psychiatriques et le suivi psychologique et médico-social.

Le recours spécialisé est assuré selon les besoins du patient et les organisations locales soit :

- par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement ;
- par un professionnel d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) du centre hospitalier de rattachement de l'unité sanitaire ;
- par un professionnel d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de proximité, identifié comme référent pour l'établissement pénitentiaire.

C. MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

a. Traitement de substitution aux opiacés

Selon les données de l'enquête Prevacar réalisée en 2011 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf), la prévalence des TSO parmi les personnes détenues est estimée à 8 % sur la base d'un échantillon représentatif élaboré par l'Institut de veille sanitaire (INVS - Résultat extrapolable à l'ensemble de la population incarcérée en juin 2010). Cette enquête dresse plusieurs constats⁹.

Les personnes détenues rencontrant un problème de consommation d'un produit licite ou illicite doivent bénéficier, durant la période d'incarcération et à la libération, d'une prise en charge adaptée afin d'améliorer leur accès aux soins.

Cet objectif d'amélioration figure dans le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (mesure 12.2 du Plan). Il vise notamment à proposer une prise en charge conforme aux besoins de la personne et à développer les traitements de substitution à tous les établissements. Le Plan renforce ainsi la nécessité de poursuivre ou d'initier les traitements de substitution aux opiacés.

⁹Prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral et offre de soins : PREVACAR. Communication affichée aux journées nationales d'infectiologie, 2011.

Les traitements de substitution aux opiacés doivent être accessibles à toutes les personnes détenues dépendantes. Les modalités de délivrance et de prise du traitement doivent permettre de répondre aux recommandations scientifiques et aux règles de l'autorisation de mise sur le marché des différentes spécialités. Le guide actualisé de bonnes pratiques sur les traitements de substitution en milieu carcéral élaboré en 2002-2003 dans le cadre de la commission nationale des traitements de substitution est disponible sur le site du ministère en charge de la Santé.

b. Substituts nicotiniques

Dans un contexte de prévalence élevée de la consommation de tabac, la période de l'incarcération peut conduire à une augmentation de celle-ci en raison des phénomènes d'anxiété et de stress. À l'inverse, cette période d'incarcération peut être l'occasion d'un bilan de cette addiction et le moment d'initier un traitement.

Dans ce cadre peut être proposée une aide au sevrage et notamment la mise à disposition de substituts nicotiniques (en particulier pour les mineurs auxquels on interdit de fumer¹⁰). Les personnes détenues initiant un sevrage doivent dans la mesure du possible être affectées en cellule « *non-fumeurs* » au sein de leur lieu de détention.

La circulaire du 31 janvier 2007¹¹ rappelle également que cette mesure de protection doit être prise pour protéger, dans toute la mesure du possible, les non-fumeurs contre le tabagisme passif.

D. PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

Cette orientation se concrétise par des actions de réduction des risques (Cf. fiche « *Prévention et réduction des risques infectieux* », Partie 2 ; Cahier IV) et des programmes d'éducation pour la santé (Cf. fiche « *Éducation et promotion de la santé* », Partie 2 ; Cahier IV).

Ces actions sont complémentaires de celles menées par l'établissement pénitentiaire contre la circulation de produits licites et illicites.

E. PRÉPARATION À LA SORTIE

Pour favoriser le suivi du patient lors de sa sortie, le personnel du CSAPA référent et/ou le professionnel référent de la prise en charge assure la mise en relation du patient avec des partenaires extérieurs.

Afin de garantir les conditions de la continuité effective de soins à la sortie, les contacts doivent être les plus précoces possibles et se concevoir en tant que de besoin en articulation avec les conseillers du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et lorsqu'il s'agit d'un mineur, avec les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

¹⁰ Article D. 347 du Code de procédure pénale.

¹¹ Circulaire DHOS/DAP du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire applicable le 1^{er} février 2007 (<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-05/a0050123.htm>).

Dans cette perspective l'appel téléphonique et la permission de sortir doivent être privilégiés. Pour les personnes condamnées, il est vérifié lors de la visite médicale dans le mois précédent la sortie que les contacts sont établis (Cf. annexe J « *Consultation de sortie type* »).

II - DISPOSITIF DE PILOTAGE ET STRUCTURE INTERVENANTE

A. INTERVENTION DES CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

a. Définition d'un CSAPA

Créés par la loi du 2 janvier 2002¹², les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux personnes ayant des problèmes de consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leurs missions s'étendent également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).

Les CSAPA sont gérés soit par un établissement de santé, soit par une association. Ils fonctionnent en ambulatoire et/ou avec hébergement. Ces établissements remplacent les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les réunissant sous un statut juridique commun.

Une dizaine d'établissements pénitentiaires de grande densité carcérale disposent d'un CSAPA en propre qui dépend de l'établissement de santé de rattachement.

b. Missions des CSAPA

Les CSAPA se caractérisent par :

- **leur proximité** : créations d'antennes, interventions en dehors des locaux ;
- **leur pluridisciplinarité** : professionnels de santé et travailleurs sociaux pour une prise charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative ;
- **un accompagnement dans la durée** : suivi du patient et de son entourage tout au long du parcours de soins autant que de besoin.

Les CSAPA ont **quatre missions obligatoires** : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation et **quatre missions facultatives** : consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs, activité de prévention, de formation et de recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

Quelle que soit la spécialisation du CSAPA (soit pour toutes les addictions, soit pour les drogues illicites, soit pour l'alcool), il doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ces patients, y compris le tabac.

¹² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

B. DISPOSITIF DE PILOTAGE

La qualité de la prise en charge implique une organisation lisible de l'ensemble des intervenants.

Le pilotage intègre :

- **une fonction de pilotage.** Cette fonction est assurée par une personne exerçant au sein des structures de soins somatiques ou psychiatriques (médecin, infirmier, etc.). Cette personne est désignée par le coordonnateur de l'unité sanitaire (Cf. fiche « *Coordination institutionnelle* », Partie 1) ;
- **un protocole organisationnel local.** Celui-ci est élaboré sous l'impulsion de la personne assurant la fonction de pilotage (coordination). Il est soumis au comité de coordination (Cf. fiche « *Coordination institutionnelle* », Partie 1). Il fait l'objet d'une validation par le directeur général de l'ARS.
Ce protocole acte notamment de la nomination de la personne coordinatrice, du CSAPA référent et de la place et du rôle des différents intervenants (DSS/DSP, médecin addictologue, ELSA, CSAPA) tenant compte des spécificités locales ;
- **un rapport annuel d'évaluation de l'activité** réalisée tenant compte des indicateurs de suivi figurant dans l'instruction du 17 novembre 2010.

PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL

I - CONTEXTE ET FONDAMENTAUX

Le principe d'un dispositif spécifique relatif à la prise en charge sanitaire des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) a été instauré par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, qui a créé le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins.

La loi du 17 juin 1998 a ensuite été modifiée plusieurs fois jusqu'en 2010 dans le cadre des lois relatives à la prévention de la récidive ou à la rétention de sûreté.

Le champ du dispositif de l'injonction de soins, limité en 1998 aux infractions sexuelles, s'est progressivement élargi et concerne désormais les auteurs des infractions les plus graves, et son application a été systématisée.

Parallèlement, différentes lois portées par le ministère de la Justice ont inscrit dans le Code de procédure pénale le principe de l'incitation aux soins, pendant leur détention, des AICS. En réponse à ces exigences nouvelles, plusieurs établissements pénitentiaires ont été désignés comme spécialisés dans l'accueil des AICS, ces établissements disposant de moyens sanitaires accrus.

La spécificité de la prise en charge sanitaire des auteurs d'infractions sexuelles tient donc à l'existence d'un cadre juridique particulier (incitation aux soins et injonction de soins), à une offre de soins psychiatriques et psychologiques plus développée dans certains établissements pénitentiaires spécialisés (Cf. § II.1. ci-dessous), et la mise en place dans chaque région de centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAIS) qui animent le maillage santé-justice au niveau régional et peuvent être sollicités par les équipes soignantes de tous les établissements pénitentiaires (Cf. encadré page 175).

Pour ce qui a trait aux pratiques médicales, la Haute autorité de santé (HAS) a diffusé en juillet 2009 des recommandations de bonnes pratiques à l'attention des praticiens relatives à la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf

Par ailleurs, le chapitre III du guide de l'injonction de soins est consacré à la prise en charge sanitaire des personnes soumises à une injonction de soins et rappelle que celles-ci « *représentent une population qui doit être prise en charge par le dispositif de soins psychiatriques de la même manière que tout patient* » tout en respectant les spécificités du cadre et des modalités de soins.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf

Quelques définitions

Le suivi socio-judiciaire

Il constitue une peine complémentaire à la peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle. En matière délictuelle, il peut être prononcé à titre de peine principale ou à titre de peine complémentaire.

Il impose à la personne condamnée l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge d'application des peines (JAP), à des mesures de surveillance et d'assistance, destinées à prévenir la récidive, éventuellement à l'issue de la peine privative de liberté.

L'injonction de soins

Pour être prononcée :

- la personne doit avoir été condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru ;
- une expertise médicale doit avoir conclu à la possibilité d'un traitement.

Dès lors que ces conditions sont remplies, l'injonction de soins peut être prononcée :

- soit au moment du prononcé de la peine dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, ou du suivi socio-judiciaire ;
- soit dans le cadre d'une mesure d'aménagement de peine sous forme de libération conditionnelle ;
- soit dans le cadre d'une mesure de sûreté (surveillance ou rétention).

L'injonction de soins commence à la sortie de la détention ; en détention, seule une incitation aux soins est possible.

L'obligation de soins

L'obligation de soins, prévue par l'article 132-45 du Code pénal, est mise en œuvre sans procédure particulière. Mesure générale applicable avant ou après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins est non spécifique à la délinquance sexuelle, sans organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, ni exigence d'une expertise médicale préalable.

Une particularité de l'obligation de soins : l'injonction thérapeutique

L'obligation de soins peut également consister en une « *injonction thérapeutique* » telle que prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique pour les personnes condamnées faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcoolisées. La mise en œuvre de l'injonction thérapeutique fait appel à l'intervention d'un médecin habilité en qualité de médecin relais qui fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure (Cf. encadré page 180).

LES CRIAVS

Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAIVS) ont été créés en 2006 sous forme d'un dispositif interrégional, puis ont été régionalisés en 2008 (circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 8 août 2008).

En 2011, 25 CRIAIVS étaient en fonctionnement dans 23 régions et assuraient dans le cadre de leurs missions un rôle de formation et de coordination des professionnels intervenant auprès de ce public en détention et hors détention.

LEURS MISSIONS SONT LES SUIVANTES :

- la mise en place de formations initiales et continues pour les professionnels intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles ;
- une mission de recherche et de réflexion sur les prises en charge et le suivi des auteurs de violences sexuelles ;
- la participation au développement de la prévention ;
- l'animation du maillage santé-justice dans l'objectif d'une collaboration étroite des champs santé, justice, et accompagnement social ;
- la constitution d'un espace expert dans l'objectif de fournir aux professionnels de secteur un appui de qualité sur les difficultés et questionnement qu'ils peuvent avoir sur leurs pratiques cliniques ;
- la mise en place d'un centre de documentation. Une base de données nationale recensant de la littérature francophone et anglophone sur le sujet des violences sexuelles, des textes de loi, des éléments relatifs à l'actualité, etc., est disponible sur le site Internet Théséas : <http://theseas.reseaudoc.org/opac/>

II - PRISE EN CHARGE EN DÉTENTION : L'INCITATION AUX SOINS

A. LIEU D'ACCOMPLISSEMENT DE LA PEINE

La personne condamnée doit exécuter sa peine dans un établissement pénitentiaire lui permettant un suivi médical et psychologique adapté (art. 717-1 et 763-7 du CPP).

La Direction de l'administration pénitentiaire et le ministère en charge de la Santé ont souhaité mener une politique de prise en charge particulière en termes d'offre de soins, à destination des personnes condamnées pour des faits de nature sexuelle.

À cet effet ont été désignés 22 établissements pénitentiaires pour peines spécialisées dans la prise en charge des AICS (Cf. annexe Y).

Un protocole santé-justice signé le 16 décembre 2011¹³ définit les modalités d'orientation des AICS, la prise en charge pénitentiaire et judiciaire spécifique, la réalisation d'un protocole local et l'évaluation des mesures mises en œuvre.

B. RÔLE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

a. Incitation aux soins

Le personnel soignant peut inviter, voire inciter la personne détenue à entreprendre, reprendre ou poursuivre une démarche de soins à différents moments de son parcours pénitentiaire.

Les prérequis aux soins sont le consentement de la personne et la garantie de la confidentialité des échanges.

¹³ http://www.criavs-ra.org/pdf/protocole_sante_justice-aics.pdf

La demande de soins peut également être formulée spontanément par la personne détenue elle-même auprès de l'équipe soignante.

Le JAP peut également proposer à toute personne condamnée de suivre un traitement pendant la durée de sa détention si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement (art. 717-1 du CPP).

Lorsque la personne détenue concernée est un mineur, une information aux détenteurs de l'autorité parentale sur les modalités de l'incitation aux soins est assurée en coordination avec les professionnels de la PJJ. Ces derniers, en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale, peuvent accompagner le mineur dans son choix

L'objectif poursuivi est de permettre à la personne détenue de s'engager dans le soin si ce n'est déjà fait.

b. Prise en charge soignante dans les établissements pénitentiaires non spécialisés

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles dans les établissements pénitentiaires non spécialisés ne fait pas l'objet d'une organisation de soins spécifique.

Dans les établissements où ce type de patients est présent, peuvent être proposées des thérapies de groupe spécialisées, celles-ci s'inscrivant dans la prise en charge psychiatrique générale des personnes détenues en milieu pénitentiaire de niveau 1.

Le personnel soignant peut s'appuyer sur les CRIAVS et notamment sur les formations et l'expertise qu'ils proposent.

c. Délivrance d'attestations

Dès lors qu'une prise en charge est indiquée et acceptée par la personne détenue, les équipes de soins définissent la méthode de prise en charge appropriée et lui remettent les attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers. Celles-ci lui permettront de justifier auprès du JAP de l'accomplissement du suivi du traitement, conditionnant l'obtention d'aménagement de peine.

En effet, l'article 721-1 du CPP prévoit qu'une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux personnes condamnées qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en suivant une « *thérapie destinée à limiter les risques de récidive* ».

d. Continuité des soins

En cas de transfert vers un autre établissement pénitentiaire, l'équipe soignante veille à assurer la continuité des soins.

En cas de libération, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent, sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du Code pénal, les informations médicales qu'ils détiennent sur la personne condamnée au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant.

C. RÔLE DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

L'administration pénitentiaire intervient à différents stades de la prise en charge des personnes condamnées à une mesure judiciaire pour laquelle une injonction de soins est prononcée :

- dans l'orientation de la personne détenue avant son affectation en établissement pour peine ;
- lors de l'arrivée en établissement pour peine de la personne condamnée.

Le chef d'établissement pénitentiaire est chargé (art. R. 57-8-4 du CPP) de signaler au psychiatre les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire. Il met à la disposition de ce praticien un résumé de la situation pénale ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées dans le dossier individuel de la personne détenue.

Dans l'organisation de la prise en charge thérapeutique

L'établissement pénitentiaire prévoit les dispositions logistiques nécessaires (locaux, organisation des mouvements...) pour permettre la mise en place d'ateliers thérapeutiques et d'activités thérapeutiques de groupe.

Dans le cadre de la prise en charge effectuée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation et/ou le personnel de la PJJ

Par leur méthodologie d'intervention, les SPIP participent à l'incitation aux soins par le biais d'entretiens individuels et de programmes collectifs.

Les programmes de prévention de la récidive (PPR), consistent en une prise en charge collective sous forme de groupes de parole dont l'objectif est de travailler sur le passage à l'acte et les conditions de sa non-réitération. Les personnels de la PJJ offrent une intervention équivalente à destination des personnes détenues mineures, aussi bien dans le cadre d'entretiens individuels que d'activités socio-éducatives qui relèvent du champ de la prévention et de l'éducation pour la santé. En lien avec le service de santé, les éducateurs sont soutenus dans cette mission par les interventions de psychologues et d'infirmiers de la PJJ, afin de cibler plus particulièrement leur action sur les AICS.

D. PRISE EN CHARGE À LA LIBÉRATION (AMÉNAGEMENT OU FIN DE PEINE) : INJONCTION DE SOINS

a. Préparation de la sortie

La libération de la personne détenue intervient (en dehors du cas de la délivrance d'une ordonnance de mise en liberté par le juge d'instruction pour un prévenu) soit en fin de peine, soit dans le cadre d'un aménagement de peine, dans le cadre d'une surveillance électronique de fin de peine ou en dernier lieu dans le cadre d'une suspension de peine pour raison médicale. Dans l'ensemble de ces situations, la sortie est préparée en coordination par tous les acteurs du milieu pénitentiaire, notamment les personnels du SPIP, ceux de la PJJ pour les personnes détenues mineures et de l'unité sanitaire.

Ce projet, en lien avec les services sanitaires et sociaux extérieurs, prend en compte les situations respectives de la famille et de la victime.

« *Lorsque la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit exécuter à la suite d'une peine privative de liberté, le JAP peut ordonner l'expertise médicale de l'intéressé avant sa libération, cette expertise est obligatoire si la condamnation a été prononcée plus de deux ans auparavant.* » (Art. 763-4 du CPP)

Quel que soit le cadre légal de l'injonction de soins, la personne concernée est placée sous le contrôle du juge de l'application des peines dans le ressort duquel elle a sa résidence habituelle (art. 763-1 du CPP).

b. Les acteurs de l'injonction de soins

1. Le juge de l'application des peines (JAP)

C'est lui qui désigne le médecin coordonnateur. Il indique ensuite à la personne condamnée le médecin coordonnateur désigné. Il l'avise qu'elle devra rencontrer ce médecin dans un délai qu'il fixe et qui ne peut être supérieur à un mois (art. R. 61 du CPP).

2. Le médecin coordonnateur

2.1 Nomination

Le JAP désigne par ordonnance et sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivis une formation appropriée établie tous les trois ans par le procureur de la République, un médecin coordonnateur (art. L. 3711-1 du CSP).

La désignation du médecin coordonnateur doit intervenir, dans la mesure du possible, avant la libération d'une personne condamnée détenue, dans le cadre de la préparation à la sortie, afin de faciliter la prise en charge dès la libération. Mais lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du Code de procédure pénale, cette désignation doit intervenir avant la libération ou avant la fin de la rétention de sûreté de l'intéressé (art. R. 3711-8 du CSP).

2.2 Missions (art. L. 3711-1 du CSP)

- il convoque la personne soumise à l'injonction de soins pour un **entretien** au cours duquel il lui **fait part des modalités d'exécution** de cette mesure et lui précise la nature de ses interventions ainsi que celles du médecin traitant et/ou du psychologue traitant et des acteurs judiciaires (art. R. 3711-12 du CSP) ;
- il invite la personne condamnée, au vu des expertises réalisées, à faire **le choix d'un médecin** traitant (art. L. 3711-1 du CSP). Dans le cas des personnes condamnées mineures, le choix du médecin est fait dans les mêmes conditions par les titulaires de l'autorité parentale ou, à défaut, par le juge des tutelles (art. R. 3711-12 CSP et R. 3711-16). L'accord du mineur sur ce choix est recherché. Si la personnalité de la personne condamnée le justifie, le médecin coordonnateur peut inviter celui-ci à choisir, soit en plus du médecin traitant, soit à la place de ce dernier, un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins cinq ans (art. L. 3711-4-1 du CSP) ;
- **il informe le médecin traitant et/ou psychologue de sa désignation** et s'assure de son consentement (art. R. 3711-14 du CSP) ;
- **il conseille le médecin et/ou psychologue traitant** si celui-ci en fait la demande (art. L. 3711-1-2° du CSP) ;
- il transmet au JAP ou au travailleur social les éléments nécessaires au contrôle de l'IS (art. L. 3711-1-3°) ;
- il convoque la personne détenue, périodiquement et au moins une fois par trimestre, pour réaliser un bilan de sa situation (art. R. 3711-21 du CSP) ;

- il **transmet au JAP** les éléments nécessaires au contrôle de l'IS (au moins un rapport par an ou deux par an si la personne est condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du CPP) ;
- il informe, en liaison avec le médecin traitant, la personne condamnée dont le suivi socio-judiciaire est arrivé à son terme de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire en lui donnant tous conseils utiles (art. L. 3711-1-4° du CSP).

Le JAP adresse au médecin coordonnateur une copie des pièces de la procédure utiles à l'exercice de sa mission ; ces documents sont restitués au juge en fin de mission (art. R. 3711-10 du CSP).

Toute expertise médicale ordonnée par le juge de l'application des peines est communiquée en copie au médecin coordonnateur et, le cas échéant, au médecin traitant ou au psychologue traitant (art. R. 3711-23 et R. 3711-25 du CSP).

3. Médecin et/ou psychologue traitant

3.1 Nomination

- ils sont choisis par la personne condamnée ou par les détenteurs de l'autorité parentale dans l'hypothèse du mineur détenu sous réserve de l'accord du médecin coordonnateur ;
- ils sont informés de ce choix par le médecin coordonnateur ;
- ils ont 15 jours pour confirmer par écrit à celui-ci leur accord ;
- en cas de silence gardé à l'expiration de ce délai ou en cas de réponse négative, le médecin coordonnateur invite la personne condamnée à choisir un autre médecin traitant (art. R. 3711-14 du CSP).

3.2 Missions (art. L. 3711-3 du CSP)

- organiser et effectuer l'accompagnement psychothérapeutique, prescrire éventuellement un traitement pharmacologique ;
- informer le médecin coordonnateur, le JAP et l'agent de probation, de tout refus ou interruption de traitement ;
- proposer au JAP d'ordonner une expertise médicale ;
- délivrer au patient des attestations du suivi de traitement à intervalles réguliers afin de lui permettre de justifier auprès du JAP l'accomplissement de l'IS.

Le praticien traitant peut obtenir, à sa demande et par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, les pièces du dossier, notamment les expertises et le jugement (art. L. 3711-2¹⁴ et R. 3711-22 du CSP). Il retourne ces pièces au médecin coordonnateur, qui les transmet au JAP, lorsqu'il cesse de suivre la personne.

Les dispositions relatives au médecin traitant des articles L. 3711-1 à L. 3711-3, à l'exception de celles concernant la prescription de traitements médicamenteux (art. L. 3711-3 al. 5 du CSP) et des articles R. 3711-12 à R. 3711-23 du CSP sont également applicables au psychologue traitant (art. R. 3711-25 du CSP).

¹⁴ Modifié par la loi du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines.

TABLEAU COMPARATIF ENTRE OBLIGATION ET INJONCTION DE SOINS

NATURE DE LA MESURE	OBLIGATION DE SOINS (hors injonction thérapeutique)	INJONCTION DE SOINS
Cadre légal	• Contrôle judiciaire • Ajournement avec mise à l'épreuve • Sursis avec mise à l'épreuve • Mesures d'aménagement de peine	Sauf décision contraire de la juridiction, dès lors que la personne est condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement. • Suivi socio-judiciaire • Surveillance judiciaire • Libération conditionnelle • Sursis avec mise à l'épreuve • Surveillance de sûreté • Rétenion de sûreté
Conditions préalables	• L'expertise préalable n'est pas nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer • Elle peut être ajoutée ou supprimée par ordonnance du juge de l'application des peines à tout moment de la mise en œuvre de la mesure • Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à l'initiative des acteurs de terrain	• L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant, après débat contradictoire • Elle peut être ajoutée à tout moment de la peine par le juge de l'application des peines • Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines

Une particularité de l'obligation de soins : l'injonction thérapeutique pour les personnes ayant fait usage de stupéfiants ou ayant commis des infractions liées à l'abus d'alcool.

L'OBLIGATION DE SOINS PEUT ÊTRE PRONONCÉE :

a. Avant déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une modalité du contrôle judiciaire (art. 138 - 10° du CPP). Extrait de l'article 138 du CPP : « Le contrôle judiciaire peut être ordonné par le juge d'instruction ou par le juge des libertés et de la détention si la personne mise en examen encourt une peine d'emprisonnement correctionnel ou une peine plus grave. Ce contrôle astreint la personne concernée à se soumettre, selon la décision du juge d'instruction ou du juge des libertés et de la détention, à une ou plusieurs des obligations ci-après énumérées : [...] 10° Se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication [...] »

b. Après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du Code pénal pour :

- l'ajournement avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ;
- une mesure d'aménagement de peines.

Extrait de l'article 132-45 du CP : « La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement à la personne condamnée l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes : [...] 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que la personne condamnée fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. »

L'injonction thérapeutique codifiée aux articles L. 3413-1 à l'article L. 3423-21 du Code de la santé publique (CSP) a été instituée par la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, texte fondateur en France, du droit applicable en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants. Ce dispositif a été réformé par la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007 qui l'a étendu aux personnes ayant commis des infractions liées à la consommation d'alcool, a prévu son prononcé à tout moment de la procédure pénale et a mis en place un dispositif cadré des médecins relais. Ces derniers deviennent l'interface entre le patient et l'autorité judiciaire et assurent la mise en place du protocole de soins.

Les fonctions du médecin relais (article L. 3413-3 du CSP) :

- en charge de mettre en œuvre la mesure d'IT, d'en proposer les modalités et d'en contrôler le suivi effectif sur le plan sanitaire ;
- procède à l'examen des personnes, contrôle la mise en œuvre effective de la mesure, assure l'articulation entre le dispositif de prise en charge et l'autorité judiciaire qui a prononcé l'injonction thérapeutique ;
- accompagne sa collaboration d'un avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure.

La désignation : après dépôt d'un dossier auprès du directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS), les médecins relais habilités à procéder au suivi des mesures d'IT, doivent être inscrits sur une liste départementale établie par ce dernier, après avis du procureur général auprès de la Cour d'appel.

La rémunération : les médecins relais perçoivent, pour chaque personne suivie par eux, une indemnité forfaitaire (132 euros par an et par personne suivie), dans les conditions prévues par arrêté conjoint des ministres chargés du Budget et de la Santé du 21 septembre 2009. Il devait être accompagné de la publication d'une circulaire, qui a vu sa parution geler en raison de la sortie du rapport de la mission d'évaluation de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Le déroulement de la procédure d'injonction thérapeutique :

- le DGARS communique sans délai les pièces adressées par l'autorité judiciaire (procédure, enquête de personnalité, ordonnance, jugement de condamnation) au médecin relais lequel procède à l'examen médical initial dans le mois suivant la réception de ces pièces ;
- le médecin relais fait connaître son avis motivé à l'autorité judiciaire. S'il estime la mesure médicalement opportune, il informe l'intéressé ainsi que, le cas échéant, les détenteurs de l'autorité parentale des modalités d'exécution de l'injonction thérapeutique en l'invitant à lui indiquer, au plus tard dans les dix jours, le nom du médecin soignant qu'il a choisi ;
- si le consommateur ne connaît pas de médecin susceptible de le prendre en charge, le médecin relais lui indiquera une liste de médecins ou un centre de prise en charge et de soins spécialisés dans la toxicomanie. Le médecin, désigné par l'intéressé, est informé par le médecin relais du cadre juridique de la mesure ;
- le médecin relais procède ensuite aux examens médicaux au troisième et sixième mois de la mesure. À l'issue de chaque examen, il établit un rapport, adressé à l'autorité judiciaire ;
- la durée de la mesure de l'injonction thérapeutique est de six mois renouvelable trois fois, soit 24 mois au plus.



PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

I - MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE

Les recommandations vaccinales sont élaborées par le Comité technique des vaccinations (CTV) du Haut conseil de la santé publique (HCSP) et synthétisées dans le calendrier vaccinal.

Le séjour en détention représente donc une opportunité pour proposer les vaccinations recommandées pour les mineurs et les adultes, voire pour initier une vaccination en fonction de risques particuliers et poursuivre le suivi des vaccinations obligatoires chez les mineurs.

Seul le vaccin contre l'hépatite B (VHB) est recommandé pour les personnes détenues qui peuvent cumuler un certain nombre de facteurs d'exposition. Si le schéma préférentiel en trois injections (0, 1, 6 mois) est recommandé, le schéma « *adapté* » peut être proposé lorsque l'immunité doit être rapidement acquise : trois doses à un mois d'intervalle, la 4^e un an plus tard, dans le contexte particulier du milieu carcéral.

A. RÉFÉRENCES ET OUTILS : LE CALENDRIER VACCINAL

Le calendrier vaccinal est actualisé tous les ans en fonction des nouvelles recommandations du Comité technique des vaccinations (CTV) et du Haut conseil de santé publique (HCSP). Il est publié au premier trimestre de chaque année dans un numéro spécial du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), accompagné de tableaux synoptiques pour les adultes, les enfants et les adolescents.

Il est disponible sur le site du ministère en charge de la Santé et sur celui de l'Institut de veille sanitaire (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 22 mars 2011) :

<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>

http://www.invs.sante.fr/beh/2011/10_11/beh_10_11_2011.pdf

L'Inpes développe et diffuse des outils sur le calendrier vaccinal : <http://www.inpes.sante.fr/>

B. FOURNITURE DES VACCINS

Les vaccins peuvent être mis à disposition de l'unité sanitaire par la pharmacie à usage intérieur.

Des partenariats peuvent être établis par des unités sanitaires avec des centres de vaccination (actions de promotion et d'information sur les vaccinations, fourniture de vaccins).

II - MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

La liste des maladies à déclaration obligatoire avec pour chaque maladie, la fiche de déclaration et un dossier thématique est disponible sur le site de l'INVS :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>.

Le tableau ci-joint précise, selon les pathologies, celles qui requièrent un signalement immédiat pour une intervention urgente auprès de la plate-forme de veille et de gestion des urgences sanitaires de l'agence régionale de santé :

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-33-34-2011>.

La liste des maladies retenues ci-dessous tient compte de maladies transmissibles particulièrement prévalentes en détention et/ou nécessitant des actions coordonnées avec les personnels pénitentiaires, en vue d'intervenir sur l'environnement et/ou en lien avec le médecin de prévention pour mettre en œuvre des mesures de prévention, de dépistage ou de prophylaxie.

Dans certains cas de pathologies infectieuses au long cours, chez des personnes mineures, un projet d'accueil individualisé peut être mis en place ou poursuivi (Cf. fiche « *Prévention, dépistage et prise en charge des maladies non transmissibles* », Partie 2 ; Cahier IV).

A. TUBERCULOSE

a. Éléments de contexte

L'incidence de la tuberculose en milieu carcéral est plus élevée qu'en population générale, du fait d'une part des caractéristiques de la population, cumulant divers facteurs de risque (situation de précarité, moindre accès à la prévention et aux soins avant l'incarcération, personnes originaires de pays de forte endémie, personnes immunodéprimées) et d'autre part des conditions de vie en détention qui favorisent la transmission de cette bactérie par voie aérienne.

La lutte antituberculeuse repose sur les principes suivants qui s'appliquent au milieu pénitentiaire :

- dépistage et traitement précoce des cas de tuberculose maladie (dépistage ciblé dans les populations à risque) ;
- isolement des cas contagieux, suivi rigoureux et adaptation de la prise en charge des cas de tuberculose maladie ;
- suivi de l'observance des traitements et déclaration des « *issues de traitement* » pour prévenir l'émergence de souches multi-résistantes ;
- signalement immédiat des cas de tuberculose maladie et déclenchement de la recherche des sujets contacts, pour dépistage et prise en charge ;
- information immédiate du chef de l'établissement pénitentiaire ;
- traitements des infections tuberculeuses latentes récentes (moins de deux ans), le plus souvent diagnostiquées au cours d'une enquête autour d'un cas et, dans certaines situations particulières, quelle qu'en soit l'ancienneté (enfants de moins de 15 ans notamment) ;
- vaccination des enfants par le BCG dans certaines indications (Cf. calendrier vaccinal).

LES CENTRES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (CLAT)

Dans chaque département, un centre de lutte contre la tuberculose (CLAT) est chargé de l'organisation du dépistage, de la coordination de la démarche d'investigation et de la prise en charge de sujets contacts et de la prise en charge gratuite des cas de tuberculose maladie, lorsque c'est nécessaire. Pour l'organisation du dépistage des entrants, l'unité sanitaire et le CLAT doivent coordonner leurs interventions. Les CLAT ont également une mission d'information sur la tuberculose. Dans les établissements pénitentiaires, une information peut être organisée en collaboration avec le CLAT, dans le cadre du programme d'éducation pour la santé.

En cas d'enquête autour d'un cas survenu dans l'établissement pénitentiaire, il est de la mission du CLAT de participer à l'information des personnes, en collaboration avec l'unité sanitaire, la médecine du travail et la direction de l'établissement.

Pour soutenir la continuité des soins à la sortie, ils peuvent délivrer des médicaments gratuitement à la sortie.

Depuis 2006¹⁵, les services de l'État ont repris les compétences antérieurement dévolues aux conseils généraux. Ils doivent soit passer une convention avec le conseil général, lorsque celui-ci est volontaire pour continuer à assurer cette mission, soit habiliter une autre structure (le plus souvent un établissement de santé) pour cette mission de lutte antituberculeuse.

b. Dépistage

Personnes détenues venant de l'état de liberté

Le dépistage est fondé sur un examen clinique à la suite duquel le médecin de l'unité sanitaire décide s'il y a lieu d'un examen radiologique¹⁶. Dans ce cas, le cliché doit être réalisé dans les délais les plus brefs et interprété, au plus tard, dans les huit jours suivant l'incarcération. L'organisation du dépistage de la tuberculose incombe au centre chargé de la lutte antituberculeuse (CLAT).

L'article D. 384-1 du CPP prévoit que « *cet examen est pratiqué sur place, sauf impossibilité matérielle* ».

Personnes détenues incarcérées (au cours de la détention)

Le dépistage est fondé et réalisé sur les signes cliniques et/ou suite à la réévaluation de la situation.

c. Suivi des cas

En cas de suspicion de tuberculose

Outre la démarche médicale pour confirmer le diagnostic, les mesures de protection des personnes contacts sont mises en place par l'unité sanitaire, en lien avec le chef de l'établissement pénitentiaire et dans le respect du secret professionnel (affectation en cellule individuelle, port de masques, limitation des déplacements, cadre de visites).

En cas de diagnostic confirmé

Outre la prise en charge du cas index (en hospitalisation), l'enquête autour du cas vise à prévenir la transmission de la tuberculose (repérer ou éviter l'apparition de cas secondaires, repérer la source d'infection éventuelle). Cette enquête est organisée par le CLAT, elle concerne l'ensemble des contacts du parcours de la personne détenue (classiquement pendant les trois mois précédant le diagnostic).

¹⁵ Articles L. 1423-2 et L. 3112-2 du CSP issus de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

¹⁶ Circulaire DGS/DHOS/DAP 2007-PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement, formation des personnels.

Cette démarche nécessite une coordination de l'ensemble des intervenants (unités sanitaire, service de médecine de prévention de l'établissement pénitentiaire, PJJ (si nécessaire) et l'établissement de santé).

d. Continuité des soins à la sortie

La continuité des soins à la sortie est fondamentale dans ce domaine (traitement d'une durée minimale de six mois souvent encore en cours à la sortie, risque de sélection de germes résistants, contexte de vies précaires) et repose sur une étroite collaboration avec le SPIP, la PJJ pour les mineurs et le CLAT.

B. VIH, HÉPATITES

a. Éléments de contexte

La prévention, le dépistage et la prise en charge des infections par les virus des hépatites, des IST et de l'infection par le VIH ont en commun un certain nombre de spécificités importantes :

- **des données épidémiologiques** marquées par des prévalences plus élevées qu'en population générale, précisées en 2010 par l'enquête Prévacar¹⁷ ;
- **la nécessité de dépistages** précoces, basés sur le volontariat, éventuellement répétés, car il s'agit d'infections virales chroniques longtemps asymptomatiques et qui justifient une prise en charge avant la survenue de complications ;
- la richesse des **recommandations** les concernant existant en milieu libre (rapport Yeni¹⁸, plan de lutte contre le VIH et les IST¹⁹, plan hépatites²⁰) et la complexité pour mettre celles-ci en œuvre dans les milieux de privation de libertés alors que les enjeux de santé publique y sont aussi présents voire plus importants ;
- des modes de transmission justifiant les politiques de **réduction des risques et les mesures de prévention adaptées** (Cf. fiche « *Prévention et réduction des risques infectieux* », Partie 2 ; Cahier IV).

b. Dépistage du VIH et des hépatites

1. Quand et qui dépister ?

Le dépistage du VIH et des hépatites doit être :

- systématiquement reproposé à l'entrée en détention²¹ ;
- proposé périodiquement au cours de l'incarcération (rapport Yéni 2010 et recommandations de la HAS). Cette démarche autorise un meilleur suivi des personnes et crée des espaces pour parler de prévention ;
- systématiquement proposé en cas de refus à l'entrée, de prise de risque, dans le cas d'exposition connue et avérée ;
- à la demande spontanée des personnes auprès des personnels de l'unité sanitaire.

¹⁷ Prévalence du VIH : 2,04 % (IC : 0,95-4,23). Prévalence du VHC : 4,8 % (IC : 3,53-6 ; 50). Journées INVS, 2011, JNI, Toulouse 2001.

¹⁸ Rapport 2010 : Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, coordonné par le Pr Yéni.

Documentation française ; <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medical-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>

¹⁹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

²⁰ <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-les-hepatites-b-et-c-2009-2012.html>

²¹ Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire.

Afin de détecter les primo infections VIH chez les personnes entrantes dont la première sérologie est négative au 1^{er} test et qui auraient été exposées à un risque de contamination peu avant leur incarcération, un entrant doit pouvoir bénéficier d'une première proposition à l'arrivée en détention puis d'une seconde, six semaines après la dernière exposition connue. Ce délai de six semaines est conforme aux recommandations de la HAS de 2008²² sur la réduction de la fenêtre sérologique.

Pour le VIH, l'article D. 384-3 du CPP²³ souligne l'importance d'un accès facilité au dépistage : « *Toute personne incarcérée doit pouvoir bénéficier, avec son accord, d'une information et d'un conseil personnalisé sur l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et, le cas échéant, au cours de consultations médicales, de la prescription d'un test de dépistage et de la remise du résultat.* »

Tout mineur a le droit de demander à bénéficier d'un dépistage du VIH sans en référer au détenteur de l'autorité parentale (circulaire DGS/VS2-DSS/AM3-DH, n° 32 du 26 mars 1993 relative au dépistage et au traitement de certaines IST, dans les centres de planification ou d'éducation familiale et article L. 1111-5 du CSP). Le médecin met néanmoins tout en œuvre pour obtenir le consentement du mineur à l'information de ce dernier.

2. Comment dépister ?

Le dépistage est dans tous les cas proposé et assuré par l'unité sanitaire.

La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit que les tests puissent également être réalisés par une antenne de consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) présente au sein de l'unité sanitaire. Le dépistage doit être accompagné d'explications relatives à la transmission et aux facteurs de risques d'exposition dans un but de prévention et dans une stratégie d'éducation à la santé. Lors de cette étape, une attention particulière doit être portée aux personnes étrangères et/ou n'ayant pas une bonne maîtrise du français, afin de veiller à ce que l'information leur soit réellement accessible. De même, il sera utile de s'assurer de la maîtrise de la lecture par les personnes détenues, lorsque leur sont remis des documents écrits (Cf. § « *Interprétariat* » dans la fiche « *Droits des patients détenus* », Partie 2 ; Cahier 1).

²² Haute autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH. Modalités de réalisation des tests de dépistage, octobre 2008, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations_-_depistage_de_linfection_par_le_vih_en_france_-_modalites_de_realisation_des_tests_de_depistage_2008-10-22_11-55-8_316.pdf.

²³ Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998, art. 96, Journal officiel du 9 décembre 1998.

LES CENTRES DE DÉPISTAGE ANONYME ET GRATUIT (CDAG)

Initialement conçus pour le seul dépistage du VIH, les CDAG ont reçu, depuis la circulaire de 1998²⁴, mission de dépister également les hépatites B et C. En cas d'existence d'une antenne de CDAG, son intervention doit se faire « *en coordination étroite avec l'unité sanitaire, notamment dans un souci de continuité des soins. Toutefois, les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin du CDAG ne peuvent être transmis au médecin de l'unité sanitaire qu'avec le consentement de l'intéressé* ». La législation et réglementation récente²⁵, permet la levée de l'anonymat en cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, et sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de celui-ci. Les circonstances et modalités de la levée de l'anonymat ont été définies par arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les CDAG et dans les CIDDIST.

Ainsi les situations dans lesquelles la nécessité thérapeutique et l'intérêt du patient sont établis lorsque son état de santé requiert :

- qu'il bénéficie d'une prise en charge médicale immédiate (administration ou prescription d'un traitement prophylactique ou curatif, bilan initial avant orientation vers un service spécialisé, vaccination) ;
- qu'il puisse être orienté rapidement vers une prise en charge médicale (après remise d'un résultat biologique positif).

En cas d'intervention d'une antenne de CDAG au sein de l'unité sanitaire, toutes les personnes détenues en sont informées afin de pouvoir y recourir à tout moment.

PLACE DES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (TROD)

Depuis l'arrêté du 28 mai 2010 dans des situations d'urgence (accident d'exposition) et plus encore depuis l'arrêté du 9 novembre 2010, un test rapide d'orientation diagnostique du VIH peut également être proposé à une personne détenue dans le cadre d'une consultation médicale à l'UCSA. Dans ce cas, une recherche négative ne signe l'absence d'infection que si la personne n'a pas été exposée à un risque de transmission du VIH dans les trois mois précédant le test.

La proposition d'un TROD peut s'avérer plus souple et pertinente face à une personne en détention provisoire (prévenue) ou dont la durée prévue d'incarcération est relativement courte, car elle permet de gérer la remise immédiate du résultat et d'éviter les perdus de vue, ou encore face aux personnes au capital veineux endommagé... Néanmoins, la rapidité du test doit s'accompagner de la capacité et des moyens de l'unité sanitaire à annoncer un résultat, quel qu'il soit, dans les 30 mn, à l'accompagner d'un conseil préventif approprié et, le cas échéant, à orienter rapidement la personne vers le soin. Le TROD ne doit pas se substituer à une sérologie conventionnelle en cas d'exposition à un risque récent, et/ou de suspicion d'autres infections (IST, hépatites) car le prélèvement veineux permettra de réaliser l'intégralité des tests nécessaires.

Pour les personnes non immunisées vis-à-vis de l'hépatite B, une vaccination relative à l'hépatite B sera proposée compte tenu du risque élevé d'exposition²⁶.

c. Prise en charge médicale des hépatites virales B et C et de l'infection par le VIH

L'exigence de bonnes pratiques doit s'appliquer aux pathologies au long court pouvant toucher les personnes détenues. Il existe dans le cadre de ces infections virales au long court, des exigences particulièrement fortes de soutien, de confidentialité, de continuité et de qualité des soins dispensés : l'enjeu est à la fois individuel, en termes de succès thérapeutique et de qualité de vie et collectif, en termes de prévention de la transmission et des résistances virales.

²⁴ Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

²⁵ Article 108 de la loi HPST et arrêté d'application du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

²⁶ Cf. le numéro de la collection « *Repères pour votre pratique* » sur la prévention de l'hépatite B de l'Inpes. Le renouvellement régulier de la proposition facilite l'accès à la vaccination. (Cf. *supra* sur vaccination VHB)

Contenu de la prise en charge

- **VIH** : le rapport Yéni 2010 est la référence en termes de recommandations de bonnes pratiques cliniques, tant dans le domaine médical que pour la prise en charge psychologique et sociale.
- **Hépatites virales B et C** : les guides médecin et les listes des actes et prestations édités de la Haute autorité de santé (2011) sont disponibles sur le site de la HAS²⁷.

Deux livrets didactiques sur l'hépatite C, l'un à l'usage des professionnels, l'autre à remettre aux patients, sont diffusés gratuitement sur demande par l'Inpes. Ils font le point non seulement sur la prise en charge mais également sur les conseils à dispenser aux patients : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1055.pdf>.

Un dépliant « *Hépatite C – un dépistage positif, que faire ?* » donne les informations utiles à délivrer aux patients en cas de dépistage positif : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/717.pdf>.

La rubrique « *publications* » du site de la Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites, www.fnprh.com, permet également de télécharger ces documents de l'Inpes.

L'AFSSAPS a diffusé une mise au point sur la conduite à tenir pour l'évaluation et le suivi psychiatrique avant, pendant et après le traitement de l'hépatite C en avril 2008 : [http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Evaluation-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiatriques-chez-les-patients-adultes-infectes-par-le-virus-de-l-hepatite-C-et-traites-par-peg-interferon-alfa-et-ribavirine-Mise-au-point/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Evaluation-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiatriques-chez-les-patients-adultes-infectes-par-le-virus-de-l-hepatite-C-et-traites-par-peg-interferon-alfa-et-ribavirine-Mise-au-point/(language)/fre-FR).

d. Continuité des soins à la sortie

À ce moment critique du parcours de la personne, c'est toujours l'exigence de continuité des soins qui caractérise le suivi des traitements de ces infections virales. La continuité optimale du traitement est la garantie de l'absence de sélection de résistances virales et de perte de chance, tant pour la personne que pour la collectivité.

Si le traitement du VIH ou des hépatites est en cours :

- une **ordonnance et la remise d'une avance de traitement de quelques jours** (à adapter au contexte de chaque personne) sont indispensables pour éviter tout risque de rupture de traitement ;
- **le lien avec le lieu de suivi** d'origine ou le service correspondant de l'unité sanitaire selon le domicile du patient, doit être formellement établi en s'adressant si besoin au COREVIH (en cas d'infection par le VIH) ou au pôle de référence (hépatites) de proximité et en remettant à la personne détenue libérée les coordonnées et la date d'un rendez-vous de consultation dans un délai rapproché et cohérent avec la provision de médicaments remis ;
- il est également indispensable d'indiquer à la personne détenue les autres **ressources locales** pouvant lui être nécessaires : centres de soins, médecins, associations, etc.

²⁷ Des recommandations récentes chez les patients présentant une cirrhose non compliquée ou compliquée ont été publiées par la HAS en 2008 dans l'objectif de diminuer la mortalité associée à la cirrhose non compliquée (classe A du score de Child-Pugh) par une surveillance précoce et une prévention primaire des complications, quelle que soit la cause de l'hépatopathie, www.has-sante.fr.

Il est nécessaire que l'unité sanitaire se dote d'un répertoire comportant les coordonnées des équipes médicales compétentes dans le VIH sur le territoire local ou régional. Les coordinations régionales de la lutte contre le VIH (COREVIH) incluent les représentants des unités sanitaires dans les comités de coordination. La liste des COREVIH est disponible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/corevih-localisation-des-centres.html>.

C. AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)**a. Éléments de contexte**

Les données épidémiologiques françaises des années récentes, résumées dans le numéro spécial du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de juillet 2011²⁸ vont dans le même sens, celui d'une progression, pour toutes les IST.

b. Dépistage

Outre les infections par les virus VIH, VHB et VHC, il convient de proposer systématiquement le dépistage des IST suivant les recommandations de la HAS en fonction des prises de risque sexuel identifiées. Selon l'article D. 384-2 du CPP, la prophylaxie des maladies vénériennes est assurée dans les établissements pénitentiaires par les services compétents prévus à cet effet (unités sanitaires).

Le rythme de répétition du dépistage est adapté selon les situations à risque. Il va du dépistage unique en cas de prise ponctuelle de risques, au dépistage régulier, au minimum une fois par an, en cas de prise de risque récurrente.

Des recommandations de la HAS précisent la fréquence et les populations concernées pour le dépistage de la syphilis²⁹, *des chlamydiae trachomatis*³⁰ et du gonocoque³¹.

Chez la femme il convient de prévoir la réalisation du frottis cervico-vaginal (Cf. fiche « *Prévention, dépistage et prise en charge des maladies non transmissibles* », Partie 2 ; Cahier IV).

Un document de l'Inpes et du ministère en charge de la Santé, destiné aux médecins, rappelle les indications des différents dépistages d'IST³².

c. Suivi des cas

Les recommandations de référence sont accessibles sur le site de la Société française de dermatologie³³.

²⁸ <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-26-27-28-2011>

²⁹ Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France (mai 2007).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546891/comment-depister-la-syphilis-en-2007?xtmc=syphilis&xtcr=2

³⁰ Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis (février 2003). Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France (février 2003). Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia trachomatis : avis sur les actes (juillet 2010).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_995548/diagnostic-biologique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-document-d-avis?xtmc=chlamydia&xtcr=3

Rapport ANAES de 2003 qui définit les populations à dépister :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_synth.pdf

³¹ Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions (décembre 2010).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1049417/renforcer-le-depistage-cible-de-l-infection-a-gonocoque?xtmc=gonocoque&xtcr=1

³² <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>

³³ www.sfdermato.org

D. MALADIES INFECTIEUSES NÉCESSITANT DES ACTIONS PARTICULIÈRES

a. Légionellose

1. Éléments de contexte

La légionellose est une maladie respiratoire provoquée par la bactérie du genre *Légionella* qui se développe dans les milieux aquatiques naturels et artificiels. Il n'y a pas transmission de personne à personne. C'est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1987.

Le risque élevé de prolifération de légionnelles en milieu carcéral a été souligné dans divers rapports d'inspection sanitaire et de visites de contrôle du contrôleur général de privation de liberté (CGLPL) : vétusté ou inadéquation des installations, température de l'eau.

2. Prise en charge

Le document de référence est notamment « *Le risque lié aux légionelloses : guide d'investigation et d'aide à la gestion* » qui a été établi en 2005 par le ministère en charge de la Santé après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France³⁴.

Si le diagnostic de légionellose est confirmé, outre le traitement du cas index, une enquête d'investigation doit être menée par l'ARS pour :

- rechercher d'autres cas associés à même source ;
- identifier la ou les sources de contamination potentielle(s).

Des mesures de contrôle et de prévention sont à mettre en place, en collaboration avec la direction de l'établissement pénitentiaire pour éviter l'apparition de nouveaux cas (en particulier vérification de la maintenance des réseaux d'eau).

b. Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC)

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) se définissent par l'apparition d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une **même origine alimentaire**.

La transmission se fait par ingestion d'un **aliment ou d'un liquide souillé** par un germe et/ou sa toxine mais peut être suivie d'une transmission de personne à personne. La source commune alimentaire est le plus souvent ponctuelle mais elle peut aussi être prolongée lorsque l'aliment contaminé est servi de façon répétée dans le temps.

En cas de survenue de TIAC, **l'application des mesures usuelles d'hygiène doit être impérativement renforcée**. Ces mesures sont parfois à adapter en fonction de la source et du mode de contamination afin d'en interrompre la chaîne de transmission.

³⁴ <http://www.invs.sante.fr/surveillance/legionellose/guid2005.pdf>

Les bactéries responsables les plus fréquemment incriminées ou suspectées sont les staphylocoques (toxine) et les salmonelles.

Le signalement et la surveillance des TIAC à travers la déclaration obligatoire (DO) contribuent à la mise en place et l'évaluation de mesures visant à prévenir ces événements et contribue ainsi à la sécurité alimentaire. Cette surveillance a notamment pour but d'identifier précocement l'aliment en cause pour le retirer de la distribution et de corriger les erreurs de préparation en restauration collective.

Voir dossier thématique sur le site de l'INVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Toxi-infections-alimentaires-collectives>.

c. Infections invasives à méningocoque (IIM)

L'instruction du 27 janvier 2011 et son annexe citent explicitement le milieu carcéral comme facteur de risque de survenue d'une IIM et précise les situations impliquant des contacts potentiellement contaminants. <http://www.sante.gouv.fr/meningite-informations-a-destination-des-professionnels-de-sante.html>

d. Rougeole

1. Éléments de contexte

La rougeole, infection due à un virus, est la plus contagieuse des maladies infectieuses.

L'épidémie touche aussi bien les lieux de vie en collectivité qu'en milieu communautaire. La maladie n'est plus « *qu'une simple maladie de l'enfant* » : en 2010, le nombre de cas parmi les enfants de moins de un an a triplé, et celui parmi les jeunes adultes a plus que quintuplé. La vaccination est le seul moyen de prévention efficace contre la maladie³⁵.

2. Prise en charge

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2005. La prise en charge d'un cas de rougeole vivant en collectivité nécessite que soient mises en place rapidement des mesures visant à réduire la diffusion de la maladie.

L'ensemble des recommandations à mettre en œuvre autour d'un cas de rougeole est décrit notamment dans la circulaire n° DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés disponible sur le site Internet <http://www.sante.gouv.fr/rougeole-sommaire.html>.

Pour les jeunes nés après 1980, le schéma vaccinal recommandé est de deux doses au total de vaccin trivalent.

³⁵ www.invs.sante.fr/beh/2011/10_11/beh_10_11_2011.pdf

III - MALADIES TRANSMISSIBLES SANS DÉCLARATION OBLIGATOIRE

A. GALE

La gale est une affection bénigne mais à forte contagiosité pouvant être à l'origine d'épidémies longues, difficiles à maîtriser, génératrices de coûts et de surcharges de travail non négligeables.

La prise en charge des épisodes collectifs nécessite des mesures énergiques et rigoureuses, qui doivent être mises en place rapidement pour enrayer efficacement l'épidémie. Ces mesures concernent, outre le traitement des personnes atteintes, celui des personnes codétenues, de la totalité du linge personnel et de la literie à l'aide de produits et protocoles adaptés.

Guide très détaillé avec fiches techniques sur le site de l'INVS, *Épidémie de gale communautaire, Guide d'investigation et d'aide à la gestion*, 2008. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1396

B. ECTOPARASIToses (POUX ET PUNAISES DE LIT)

a. Poux

L'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu (27 juin 2003) est en cours d'actualisation par le HCSP. http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_270603_pediculose.pdf

b. Punaises de lit

Les punaises de lits (*Cimex lectularius*) ne sont pas vecteurs d'agents pathogènes, mais leurs morsures nocturnes peuvent être à l'origine de réactions dermatologiques et constituent une nuisance parfois importante. Cette nuisance peut entraîner des troubles du sommeil, une stigmatisation ou des sentiments de dévalorisation chez ces populations déjà fragilisées.

Ce phénomène est en recrudescence à travers le monde ainsi qu'en France. De manière générale, l'extermination de ces insectes est délicate du fait de la nécessité de mettre en œuvre des mesures à la fois intégrées (traitement de l'ensemble des zones infestées ciblant des endroits très confinés durant une période temps restreinte) et spécifiques (différentes de la lutte contre les blattes). Une stratégie de contrôle (d'éradication) inappropriée peut non seulement être inefficace mais aussi contribuer à la prolifération de l'infestation et engendrer ses propres effets inappropriés.

Une coordination des services de l'ARS et de l'administration pénitentiaire est impérative pour déterminer les mesures correctives à mettre en œuvre.

PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Les maladies non infectieuses regroupent les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, le diabète, les maladies broncho-pulmonaires chroniques, l'insuffisance rénale chronique (IRC), les cancers. Cette fiche ne concerne pas les pathologies psychiatriques.

La prévalence des maladies non infectieuses en milieu carcéral est mal connue à ce jour.

Les plus fréquemment observées sont les maladies cardio-vasculaires, respiratoires, l'asthme et le diabète^{36 37}. Un certain nombre de déterminants liés aux caractéristiques socio-démographiques de cette population et/ou aux conditions de vie en détention (consommation de tabac, alimentation, manque d'exercice, défaut d'hygiène) sont des facteurs favorisants.

Par ailleurs, le vieillissement de la population carcérale génère des besoins dans ce domaine majoré par les mêmes facteurs de risque que ceux cités précédemment.

Ce vieillissement peut également être associé à l'apparition progressive de déficiences et d'incapacités (Cf. fiche « *Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées* », Partie 2 ; Cahier IV).

I - PRÉVENTION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

A. GÉNÉRALITÉS

Les mesures de prévention de ces pathologies sont de portée générale (programme national nutrition santé³⁸, addictions (tabac, etc....), santé bucco-dentaire).

Une attention particulière doit être portée :

- au dépistage, tout particulièrement après 50 ans, des déficiences sensorielles qui peuvent avoir un impact important sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes ;
- à la mise à jour des vaccinations en s'assurant, au-delà du point réalisé au moment de la visite d'entrée, que les personnes âgées ou les personnes à risque (Cf. calendrier vaccinal) puissent bénéficier des vaccinations antigrippales, antipneumocoques...

³⁶ Mouquet, Marie-Claude, « *La santé des personnes entrées en prison en 2003* », *Études et résultats*, n° 386, mars 2005. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

³⁷ Marsala V., Pautrat C., *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Igas, IGSI, juin 2011.

³⁸ <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html>

Une attention particulière peut être portée, après 50 ans, au repérage des facteurs de fragilité³⁹ : faiblesse musculaire, asthénie, activité physique réduite, lenteur de la marche et perte de poids involontaire au cours de la dernière année.

La présence de douleurs chroniques, facteur le plus fréquemment repéré au regard de l'altération de la qualité de vie n'est pas toujours signalée par la personne, or, elle doit être repérée systématiquement.

Ces recommandations sont à prendre en compte lors de toute consultation médicale des patients pouvant répondre à ces critères.

B. DÉPISTAGE DES CANCERS

Les personnes détenues doivent avoir accès aux mêmes programmes de dépistage organisés des cancers que les personnes en milieu libre⁴⁰, en particulier l'accès aux dépistages organisés des cancers du sein et cancers colorectaux pour les personnes de 50 à 74 ans.

Toutefois, cette organisation doit être adaptée aux multiples contraintes du contexte carcéral. Elle repose sur une coordination entre l'équipe de l'unité sanitaire et la structure de gestion du dépistage des cancers du département.

STRUCTURE DE GESTION DU DÉPISTAGE DES CANCERS

Dans chaque département, une structure de gestion du dépistage des cancers est en charge :

- des relations avec les professionnels concourant au dépistage ;
- de la sensibilisation et de l'information des professionnels et de la population ;
- de la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées ;
- des relations avec les personnes dépistées ;
- du recueil des données et de la transmission des résultats aux personnes concernées ;
- de la gestion optimale des moyens financiers au travers de l'utilisation du budget type ;
- de l'évaluation interne et de l'assurance qualité du programme ;
- du retour d'information vers les professionnels de santé, comportant la transmission périodique de statistiques individuelles et globales permettant à chaque médecin d'évaluer sa pratique ;
- de la conservation des données.

La montée en charge des dépistages doit s'accompagner en parallèle d'actions de soutien et d'accompagnement des personnes ayant des résultats positifs par les personnels soignants.

Les principaux dépistages⁴¹ à réaliser concernent :

- **le cancer colorectal.** Il touche la population de 50 à 74 ans (soit environ 7 000 personnes en milieu carcéral (11 %). Il repose sur le test Hémocult® (recherche de sang dans les selles) ;

³⁹ Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Fried L P., Frailty, *Principles of geriatric medicine and gerontology*, Eds. 3rd ed, New York, McGraw-Hill, Inc, 1994, pp.1149-56.

⁴⁰ Le Plan cancer 2009-2013 insiste sur une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction.

⁴¹ Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.

- **le cancer du col de l'utérus.** Il repose sur un frottis cervico-vaginal tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 69 ans⁴². Des consultations de spécialiste (gynécologue) peuvent être organisées au sein de l'unité sanitaire ;

- **le cancer du sein.** Une mammographie est recommandée tous les deux ans pour les femmes de 50 à 74 ans. L'accès à la mammographie est à organiser par l'hôpital de rattachement⁴³.

Le dépistage du cancer de la prostate ne relève pas d'un dépistage organisé. L'incidence du cancer de la prostate augmente avec l'âge mais près de la moitié des cancers seraient non évolutifs. Un dépistage individuel peut être pratiqué pour les hommes à risque familial [parents du premier degré (père ou frères) atteints d'un cancer de la prostate à un jeune âge], ou un diagnostic précoce pour les hommes présentant des symptômes. Il repose sur l'examen clinique (toucher rectal) et le test sanguin PSA (antigène prostatique spécifique).

II - MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Dans le cadre de son programme de travail sur les ALD, la HAS publie et actualise régulièrement des recommandations pour les médecins :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5237/affections-de-longue-duree?cid=c_5237.

Il convient de développer en milieu pénitentiaire l'éducation thérapeutique du patient pour les pathologies qui s'y prêtent (Cf. fiche « *Éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire* », Partie 2 ; Cahier IV).

Dans les cas où un mineur, en amont de son incarcération, fait l'objet, au sein d'un service PJJ, d'une prise en charge thérapeutique pour une pathologie ayant donné lieu à un projet d'accueil individualisé (PAI)⁴⁴, ce document peut être transmis à l'unité sanitaire par les professionnels de la PJJ sur accord du mineur et des détenteurs de l'autorité parentale.

Le cas échéant, le projet peut être mis en place pendant l'incarcération.

En fonction de la situation de la personne et de la fréquence des soins, l'accès aux différents dispositifs de permissions de sortir, d'aménagements de peine voire de suspension de peine pour raison médicale doit être facilité.

Insuffisance rénale chronique (IRC)

La prise en charge des insuffisants rénaux chroniques et notamment de ceux relevant d'un centre dialyse doit être organisée avec les établissements de santé de rattachement voire le centre hospitalier le plus proche disposant de ces équipements.

Il convient dans ces cas peu nombreux de prévoir un lieu de détention à proximité d'un centre hospitalier équipé.

⁴² État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, HAS, juillet 2010.

[Http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)

⁴³ Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale, Anaes, mars 1999.

[Http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_466837/le-depistage-du-cancer-du-sein-par-mammographie-dans-la-population-generale?xtmc=dépistage-cancer-du-sein&xtcr=5](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_466837/le-depistage-du-cancer-du-sein-par-mammographie-dans-la-population-generale?xtmc=dépistage-cancer-du-sein&xtcr=5)

⁴⁴ « Le projet d'accueil individualisé (PAI) résulte d'une concertation entre les différents intervenants impliqués dans la vie du jeune (parents, médecins traitant, services PJJ) afin d'organiser, compte tenu des besoins du jeune, les modalités de la vie quotidienne dans l'institution dans le respect des compétences de chacun », extrait du guide *Les dispositions en santé à la protection judiciaire de la jeunesse*, 2008.

Disponible sur <http://intranet.justice.gouv.fr/dpjj/actu/sante/gtsv0108.pdf>

III - ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L'éducation thérapeutique du patient peut être développée en milieu pénitencier pour les pathologies qui s'y prêtent.

A. DÉFINITION

D'après la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS)⁴⁵ : « *L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psycho-social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquiescer et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie.* »

B. CADRE

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est désormais inscrite dans la loi (art. L. 1161-1, L.1161-2 et L. 1161-4 du Code de la santé publique).

Les programmes sont autorisés par les ARS, sur la base d'un cahier des charges.

L'ensemble des textes réglementaires et une foire aux questions sont disponibles sur le site du ministère en charge de la Santé :

<http://www.sante.gouv.fr/textes-reglementaires-relatifs-a-l-etp.html>

<http://www.sante.gouv.fr/foire-aux-questions-relative-aux-programmes-d-education-therapeutique-du-patient,7243.html>.

Les associations de patients ont développé des savoir-faire dans ces domaines. Leur intervention pour le soutien et l'accompagnement des personnes doit être facilitée.

En ce qui concerne les mineurs, ces contacts doivent être établis en lien avec les professionnels de la PJJ dans le cadre du travail éducatif engagé avec le mineur.

C. EN PRATIQUE

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être **autorisés** par les ARS. Ils doivent donc faire l'objet d'une **demande d'autorisation**.

Pour cela, le dossier de demande d'autorisation doit être transmis par **pli recommandé avec demande d'avis de réception** au directeur général de l'ARS. Si le programme trouve à s'appliquer dans plusieurs régions, le promoteur déposera son dossier auprès de l'agence régionale de santé de son choix, à charge pour l'agence instruisant le dossier d'en informer les autres.

L'ARS dispose de trois mois pour étudier le dossier. Au-delà de ce délai, l'autorisation est réputée acquise pour **une durée de quatre ans**.

Lors de l'examen d'une demande d'autorisation, la conformité au cahier des charges figurant en annexe 1 de l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande d'autorisation est examinée, ainsi que son respect des obligations portant sur les incompatibilités et interdictions pour l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre (articles L. 1161-1 et L. 1161-4) et obligations relatives à la coordination du programme définies à l'article R. 1161-3.

Pour toute question, contacter l'agence régionale de santé de votre région, dont vous trouverez les coordonnées sur le site : <http://www.ars.sante.fr/portail.0.html>.

⁴⁵ Glossaire de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, 1998.

PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS

Lors de la révélation d'une grossesse pendant la détention, il convient d'accompagner la femme⁴⁶ dans son choix (poursuite de la grossesse ou recours à une interruption volontaire de grossesse).

Les prises en charge de la femme et de l'enfant relèvent du droit commun.

L'accueil des femmes enceintes en fin de grossesse et des mères avec leur nourrisson se fait dans des établissements adaptés⁴⁷. On compte 60 places de nurserie réparties dans 20 établissements en métropole, et trois établissements avec nurserie dans les DOM⁴⁸.

ÉQUIPEMENTS IMMOBILIERS ET MOBILIERS DES ÉTABLISSEMENTS « ADAPTÉS »

Tous les établissements concernés doivent s'efforcer d'améliorer leurs équipements et de les rendre conformes aux conditions minimales d'accueil suivantes :

- eau chaude dans les cellules ;
- aménagement de la cellule pour permettre une séparation de l'espace de la mère et de celui de l'enfant (la télévision devant se trouver hors de l'espace de l'enfant) ;
- localisation des cellules permettant l'ouverture des portes pendant la journée ;
- superficie de la cellule individuelle au moins égale à 15 m² ;
- existence d'une salle d'activités permettant la confection des repas ;
- accès à une cour extérieure en dehors de la présence des autres personnes détenues.

Ces établissements doivent également disposer de l'équipement nécessaire à l'accueil d'un enfant : lit, baignoire, chauffe-biberon, etc.

I - SUIVI DE LA FEMME ENCEINTE EN DÉTENTION

A. PRÉ-PARTUM

Le médecin de l'unité sanitaire doit veiller à ce que toute grossesse soit déclarée avant la fin de la 14^e semaine d'aménorrhée, ou, au-delà, dès que celle-ci est constatée (Cf. fiche « *Protection sociale* », Partie 2 ; Cahier III). Cette déclaration permet à la femme de bénéficier du suivi médical prévu par la loi (Cf. fiche « *Protection sociale* »). Les femmes enceintes bénéficient pendant leur grossesse d'une information⁴⁹ adaptée à leur situation, d'un

accompagnement spécifique (entretien prénatal précoce et sept séances de préparation à la naissance)⁵⁰ et d'un suivi prénatal médical obligatoire adapté au niveau du risque maternel et/ou fœtal⁵¹. Ces modalités de prise en charge sont assurées par une équipe de gynécologie-obstétrique (médecin ou sage-femme) en collaboration avec les médecins de l'unité sanitaire.

L'entretien prénatal précoce, réalisé le plus tôt possible au cours de la grossesse, permet en particulier de repérer certaines situations de vulnérabilité qui peuvent relever d'une orientation spécialisée dès le début de celle-ci (entretien psychologique, consultation d'addictologie...)⁵².

Les modalités d'une hospitalisation prénatale en urgence (y compris de jour) doivent être prévues.

B. ACCOUCHEMENT ET SUITES DE COUCHES⁵³

L'accouchement doit se dérouler dans une maternité de niveau adapté aux éventuels risques diagnostiqués, soit pour la mère, soit pour le fœtus (avec service de néonatalogie ou de réanimation néonatale, attendant à un service de réanimation adulte).

L'encadrement sécuritaire est assuré par le personnel AP conformément à la note DAP du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitenciaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale.

Le suivi de la mère est assuré par l'équipe soignante de l'unité sanitaire en lien avec le service de gynécologie obstétrique.

La femme doit être accompagnée dans son choix de recourir ou non à l'allaitement⁵⁴. Des séances de rééducation (pelvienne et abdominale) peuvent leur être proposées.

Une consultation postnatale est à organiser (au plus tard huit semaines après l'accouchement) avec la prise en compte de la contraception post-partum.

C. LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

Elles sont réalisées conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun et aux recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute autorité de santé (HAS)⁵⁵.

Une interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être demandée pour toute femme estimant que sa grossesse la place dans une situation de détresse. Dans le cas d'une personne mineure, le détenteur de l'autorité parentale est informé sauf si la jeune femme mineure veut garder le secret⁵⁶. Elle se fait alors accompagner dans sa démarche par un adulte de son choix.

II - PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'ENFANT

La prise en charge sanitaire de ces enfants ne relève pas de la compétence de l'équipe soignante de l'unité sanitaire sauf en cas d'urgence où elle peut-être amenée à intervenir dans l'attente de l'intervention sollicitée. L'enfant n'étant pas détenu, la mère choisit librement le médecin qui suit son enfant. Celui-ci doit bénéficier d'une autorisation d'accès à l'établissement. La mère doit pouvoir assister à la consultation.

⁵⁰ « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS, novembre 2005.

⁵¹ « Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement », HAS, mai 2007.

⁵² « Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière », HAS, janvier 2007.

⁵³ La durée moyenne de séjour est de 4,4 jours et pour un accouchement par voie basse de 4 jours. Enquête nationale périnatale, DGS/DREES/INSERM, 2010.

⁵⁴ « Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation », HAS, juin 2006.

⁵⁵ Recommandations 2001, actualisées en 2011.

⁵⁶ Article L. 2212-7 du CSP.

⁴⁶ Dans cette fiche, le terme « femme » sera employé indépendamment pour une personne majeure comme une personne mineure.

⁴⁷ Circulaire NOR : JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée.

⁴⁸ DAP/EMS1, mars 2012.

⁴⁹ « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », HAS, avril 2005.

Indépendamment de la liberté de choix par la mère du médecin de son enfant, chaque établissement pénitentiaire concerné organise un dispositif de soins qui prévoit :

- l'intervention régulière d'un ou de plusieurs médecins de ville dont les prestations sont proposées aux mères ;
- le recours au centre 15, pour les urgences pédiatriques, qui centralise les appels et y répond de façon adaptée ;
- l'intervention du service de protection maternelle et infantile (PMI), pour le suivi médical, dans le cadre d'une convention du conseil général avec l'établissement pénitentiaire ;
- l'intervention du secteur de psychiatrie infanto-juvénile au titre des missions générales des secteurs.

Une convention entre l'établissement pénitentiaire, le SPIP, la PJJ (si la mère est mineure) et le conseil général ou l'établissement de santé ayant un service de psychiatrie infanto-juvénile précise les modalités de leurs interventions.

Un carnet de santé est délivré pour tout enfant lors de la déclaration de naissance⁵⁷. En pratique ce carnet de santé est remis à la mère à la maternité.

Dans le contexte carcéral, une attention particulière doit être apportée au lien mère/enfant et aux conditions de la séparation⁵⁸.

La coordination est assurée par la PMI, en lien avec l'unité sanitaire, le service de psychiatrie infanto-juvénile, le SPIP, le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE), la PJJ pour les mères mineures et le juge pour enfants si nécessaire.

⁵⁷ Article L. 2132-1 du CSP.

⁵⁸ « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS, novembre 2005.

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

I - SITUATION ACTUELLE DE LA POPULATION PÉNALE

A. VIEILLISSEMENT

Au 1^{er} janvier 2012, sur 64 787 personnes détenues, celles de plus de 60 ans représentaient 3,7 % soit 2 264 personnes.

Le nombre de personnes écrouées de plus de 60 ans a été pratiquement multiplié par trois durant la décennie précédente. Il est stable en proportion depuis 2002.

Ce vieillissement génère de nouveaux besoins de prise en charge dans le domaine des pathologies chroniques et peut également être associé à l'apparition progressive de déficiences et d'incapacités, avec perte d'autonomie fonctionnelle⁵⁹.

La perte d'autonomie tend à être accélérée par l'enfermement qui prive le patient de toutes les stimulations que le monde extérieur est susceptible de lui apporter.

B. HANDICAP

Concernant le handicap, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit le handicap comme : « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant.* »

Le handicap recouvre :

- le handicap physique, qui peut limiter les déplacements, l'accès aux activités et peut entraîner la nécessité d'une prise en charge spécifique (ex. aide à la tierce personne) ;
- les handicaps sensoriels ;
- le handicap psychique, qui peut poser des difficultés relationnelles et comportementales nécessitant également une prise en charge particulière.

Les situations de handicap sont majorées par les contraintes architecturales, le manque de stimulation et par l'aggravation de pathologies chroniques évolutives.

⁵⁹ Sannier, O., « Évaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *La revue de gériatrie*, Tome 35, n° 9, 2010.

II - MESURES POUVANT ÊTRE MISES EN ŒUVRE

A. RECOMMANDATIONS

Certaines recommandations peuvent être mises en place selon les situations rencontrées :

- évaluation de l'autonomie (se rapprocher des conseils généraux ou des maisons départementales des personnes handicapées, MDPH) ;
- action d'éducation pour la santé : alimentation, addictions (Cf. fiche « *Éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire* », Partie 2 ; Cahier IV) ;
- mise à jour des vaccinations conseillées selon l'âge et les risques particuliers (grippe, pneumocoque) ;
- action sur l'environnement : adaptation des conditions de détention (personnes à mobilité réduite⁶⁰).

B. ACCÈS AUX DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX

Les établissements pénitentiaires, en lien avec les unités sanitaires, peuvent faire appel à des organismes agréés ou des dispositifs *ad hoc* (Cf. Annexe Z).

Les personnes détenues peuvent demander l'obtention des prestations correspondantes (APA, PCH), permettant l'intervention de services agréés (Cf. Annexe R).

a. Dans le champ du handicap

L'action sociale et médico-sociale dans le champ du handicap repose sur les principes d'égal accès de tous aux droits fondamentaux et sur l'accès au droit commun.

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est le pivot pour toute information, accompagnement, décision (AAH, reconnaissance qualité travailleur handicapé, cartes, orientation, médiation, suivi) concernant la personne handicapée.

Toute demande à la MDPH est faite au moyen d'un formulaire Cerfa (www.cnsa.fr/IMG/pdf/ModeleA_8pages_v06.pdf) accompagné d'un certificat médical de moins de trois mois.

Pour les mineurs, ces démarches requièrent l'avis du mineur et celui du détenteur de l'autorité parentale. Le service éducatif de la PJJ assure le relais auprès de ces derniers dans cette situation.

b. Dans le domaine du vieillissement

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) s'adresse à toute personne âgée de 60 ans et plus, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental.

Les personnes détenues remplissant les critères d'obtention peuvent bénéficier de l'APA. Cette demande est formulée par le SPIP en lien avec l'équipe soignante.

L'attribution de l'APA relève du conseil général dont dépend la personne détenue, ou le conseil général du domicile de secours (dernière adresse connue) sauf dans le cas où la personne détenue a élu domicile auprès de l'établissement pénitentiaire.

L'APA sert à financer tout ou partie des prestations figurant dans le plan d'aide personnalisé de la personne âgée.

Ces prestations peuvent recouvrir :

- les interventions à domicile et dans ce cas l'intervention de services d'aide à la personne agréés (intervention d'auxiliaire de vie) ;
- les aides techniques : fauteuils roulants, cannes et déambulateurs, lits médicalisés, lèves-malades, matériels à usage unique pour incontinence (pour la part de ces dépenses non couvertes par l'assurance maladie), etc.

Selon les situations rencontrées localement (vieillesse de la population pénale au sein de certains établissements, MC et CD notamment), l'administration pénitentiaire met en place avec les conseils généraux (CG) la rédaction de conventions précisant les modalités d'intervention de services d'aide à la personne auprès des personnes détenues bénéficiaires de l'APA.

C. PRÉPARATION À LA SORTIE

La prise en charge de ces personnes à leur sortie de détention (libération, aménagement ou suspension de peines) nécessite de prévoir des structures d'accueil adaptées à leur état physique ou mental et de les mobiliser pour les prendre en charge.

⁶⁰ Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX

En milieu carcéral, les prévalences du VIH et du VHC (virus de l'hépatite C) sont significativement plus élevées qu'en milieu libre.

D'après l'enquête Prévacar 2010 (DGS/INVS), la prévalence du VIH est de 2 % (IC = 0,95-4,23) versus 0,35 % en population générale.

Pour le VHC, la prévalence est de 4,8 % (IC : 3,53-6,50) versus 0,84 % (IC = 0,65-1,10) en population générale. 70 % des contaminations par le VHC sont liées à l'usage de drogues.

Chez les personnes en traitement de substitution par les opiacés (TSO), les prévalences virales sont particulièrement élevées, tant pour le VIH : 3,6 % (IC = 1,1-11,8) que pour le VHC : 26,3 % (IC = 16,8-38,7).

Les risques de transmission existent pendant l'incarcération du fait de différentes pratiques ou activités : pratiques sexuelles ou de consommation, modifications corporelles, coiffure.

Au regard des constats récents⁶¹, les mesures de prévention et de réduction des risques ne sont pas optimisées et sont à améliorer, qu'il s'agisse de transmission par voie sexuelle ou par voie sanguine.

I - OUTILS DE RÉDUCTION DES RISQUES

La circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996 et les recommandations du rapport de la mission santé-justice⁶² (2000) sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral sont toujours en vigueur.

Ces recommandations intègrent différents outils de réduction des risques.

L'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient, les traitements de substitution aux opiacés et la vaccination contre le VHB sont abordés dans les fiches *ad hoc*.

Ces recommandations n'intègrent pas à ce jour la mise à disposition de matériel stérile pour le piercing, le tatouage et la consommation de drogues (notamment seringues, eau stérile, filtres, pailles).

A. MISE À DISPOSITION DE PRÉSERVATIFS ET DE LUBRIFIANTS À BASE D'EAU

L'administration pénitentiaire met à la disposition des personnes détenues des préservatifs et des lubrifiants aux normes CE. En complément, ces outils peuvent également être fournis par des associations ou les établissements de santé. Les préservatifs masculins, les préservatifs féminins et des lubrifiants doivent être mis à la disposition des personnes en nombre suffisant dans l'établissement et lors des sorties.

Les points d'accès doivent être choisis et diversifiés de manière à garantir une confidentialité maximale (unités sanitaires, locaux associatifs, parloirs familiaux, unités de vie familiales...).

Le développement d'espaces de parole et d'écoute relatifs à la sexualité, en direction des personnes détenues et des personnels est souhaitable pour faire évoluer les comportements et les représentations et proposer une réelle et nécessaire appropriation par les intéressés des enjeux et des objectifs de la prévention.

B. MISE À DISPOSITION ET DISTRIBUTION D'EAU DE JAVEL

L'emploi de l'eau de Javel pour la désinfection des objets en contact avec le sang peut, dans le strict respect du protocole d'utilisation, réduire les risques de transmission des infections bactériennes et virales, mais ne les élimine pas⁶³.

L'eau de Javel à 12° est délivrée gratuitement par l'administration pénitentiaire à tous les arrivants. Sa distribution est renouvelée en cellule tous les quinze jours. Elle est également cantinable.

Les services sanitaires peuvent sensibiliser les personnels pénitentiaires et de la PJJ au protocole qui accompagne sa conservation et son utilisation.

L'eau de Javel doit être remise dans un flacon de 20 cl de plastique opaque sous titrage de 12°. Elle est distribuée aux personnes détenues pour l'hygiène de leur cellule mais a vocation à être aussi utilisée pour désinfecter tout matériel d'usage courant en contact avec le sang.

Le message de prévention accolé au flacon stipule : « *Ce produit peut-être utilisé pour désinfecter tout objet ayant pu être en contact avec du sang (ciseaux, rasoirs, aiguilles). Pour que la désinfection soit efficace contre les risques de transmission des virus du sida et des hépatites, renseignez-vous auprès des services médicaux sur le mode d'emploi à respecter.* »

Information des personnes détenues

La personne détenue devra être informée des consignes suivantes afin de pouvoir veiller :

- au respect de la durée d'ouverture du flacon qui doit être inférieure à trois semaines en cas d'utilisation pour décontaminer du matériel souillé ;
- à la conservation du flacon à l'abri de la lumière (flacon opaque) ;
- à l'interdiction de diluer ou de mélanger l'eau de Javel avec un produit acide ou ammoniacé.

L'administration, les personnels pénitentiaires et de la PJJ devront aider les personnes détenues à maîtriser les règles de base de l'utilisation de l'eau de Javel à des fins de désinfection.

L'unité sanitaire coordinatrice des actions de prévention et d'éducation pour la santé doit s'assurer de la compréhension des brochures et des affiches explicatives concernant l'utilisation de l'eau de Javel et accompagner par des actions et des messages de prévention le protocole de désinfection du matériel souillé par le sang.

⁶¹ ANRS Pride, MICHEL L., JAUFFRET-ROUSTIDE, M., BLANCHE J., et al. « *Limited access to HIV prevention in French prisons* » [ANRS-PRIDE] : « *Implications for public health and drug policy* », *BMC Public Health*, vol. 11, n° 400, p. 29, 2011

⁶² Stankoff S. et Dhérot J., Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Direction générale de la santé, Direction de l'administration pénitentiaire, décembre 2000. www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000683/index.shtml - 66k.

⁶³ « *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues* », Expertise collective de l'Inserm, 2010.

Principaux messages de prévention à diffuser

- toute réutilisation ou échange de matériel en contact avec le sang expose au risque de transmission virale ;
- tout matériel ayant été en contact avec le sang ne doit être ni partagé, ni réutilisé ;
- le partage du matériel d'injection et de sniff, quel qu'il soit (seringue, eau de préparation, récipient, filtre et produit, paille), présente des risques importants d'infection et de transmission du VIH et des hépatites ;
- la désinfection à l'eau de Javel, en respectant les temps nécessaires, permet de réduire mais n'élimine pas les risques de contamination virale ;
- les protocoles de désinfection doivent être appliqués strictement⁶⁴.

Pour le matériel en contact avec du sang (hors seringues), notamment de tatouage, de piercing, de coiffure, et de rasage : le protocole⁶⁵ comprend après lavage abondant à l'eau et au savon, deux phases, une phase de décontamination (javelliser pendant 15 minutes, puis rincer) puis une phase de désinfection (laisser tremper dans l'eau javellisée 15 minutes, rincer soigneusement et sécher immédiatement).

Pour le matériel d'injection : (Cf. encadré ci-dessous)

PROTOCOLE DE DÉSINFECTION DES SERINGUES USAGÉES

Lorsque la seringue est conservée après utilisation :

- laver abondamment la seringue avec de l'eau courante dès que possible après l'injection afin de la débarrasser des traces de sang ;
- remplir et vider complètement deux fois la seringue.

Avant chaque utilisation de seringue usagée :

- laver abondamment la seringue avec de l'eau courante. Remplir et vider complètement deux fois la seringue ;
- remplir complètement la seringue d'eau de Javel, laisser agir au moins 30 secondes, vider la seringue et recommencer l'opération au moins une seconde fois, afin d'avoir un temps de contact avec l'eau de Javel d'au moins une minute ;
- utiliser de l'eau de Javel à 12° ;
- rincer complètement la seringue avec de l'eau courante au moins deux fois.

L'usage de seringue non prescrit par le personnel médical est interdit en détention.

⁶⁴ Ce protocole est décrit en détail dans deux notes de la DAP du 5 novembre 1997 et de la DGS du 21 novembre 1997 disponibles aux adresses suivantes :
http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/744.pdf
http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/742.pdf

⁶⁵ Cf. annexe 5 de la note DAP.

C. PROTOCOLE DE COIFFURE

Les activités de coiffure peuvent être à l'origine de risques infectieux.

Il appartient à l'unité sanitaire de conseiller le chef d'établissement, et de rédiger un protocole à cet effet.

Il importe également d'informer les coiffeurs et/ou les personnes affectées à cette tâche des risques infectieux possibles ainsi que des modes de réduction de ceux-ci (désinfection de l'ensemble du matériel de coiffure entre chaque personne par exemple).

Des informations peuvent également être délivrées en direction des personnes détenues concernant ces risques et les moyens de les réduire (utilisation systématique d'un sabot lors de l'usage de tondeuses, pas de partage des rasoirs, etc.).

D. ACTES DE MODIFICATION CORPORELLE (TATOUAGE ET PIERCING)

Le tatouage et le piercing peuvent être à l'origine de complications et de risques infectieux. Ces complications sont liées aux conditions de l'exécution (manquements aux règles d'hygiène favorisant les infections locales et la transmission des infections virales) ou du fait des produits utilisés (pigments de tatouage et métaux des piercings).

Il convient de dispenser par le personnel de santé aux personnes détenues des informations relatives aux risques infectieux et complications liés à la pratique du tatouage et du piercing.

La détention d'une machine à tatouer ou d'un piercing est prohibée⁶⁶.

E. LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL ET LES PROPHYLAXIES POSTEXPOSITION

a. Procédure à mettre en place

En pratique, il est indispensable que le médecin de l'unité sanitaire organise en lien avec le COREVIH, la prise en charge des accidents d'exposition à un risque viral (ARV) pour les personnes détenues, en prenant notamment les dispositions pour répondre aux questions suivantes :

- quel kit de traitement ARV des accidents d'exposition au VIH est disponible dans les UCSA ?
- quelle procédure est prévue pour la prévention des hépatites virales B et C (proposition éventuelle de séro-vaccination contre l'hépatite B) ?
- quelle est la structure qui prendra en charge les accidentés en dehors des heures ouvrables ?
- quelle est la personne ressource extérieure avec qui l'unité sanitaire prendra contact si nécessaire ?

b. Prise en charge des accidents d'exposition au risque viral

Les accidents d'exposition au risque viral doivent être pris en charge le plus rapidement possible. Ils peuvent concerner les personnes détenues voire les personnels.

Les recommandations de prise en charge se basent sur la circulaire DGS/R12/DGOS/DGT/DSS, du 13 mars 2008 et le rapport d'experts dirigé par le Pr. Yéni⁶⁷.

⁶⁶ Article D. 318 du Code de procédure pénale.

⁶⁷ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf

En dehors des heures d'ouverture des unités sanitaires, c'est le dispositif *ad hoc* qui s'applique impliquant notamment le recours systématique au centre 15 qui assure ensuite la régulation médicale et la réponse médicale appropriée.

L'exposition au risque viral (par voie sanguine ou sexuelle), pour les personnes détenues, est généralement associée à des pratiques interdites en détention et exige, de ce fait, confidentialité et neutralité. Les personnels pénitentiaires étant les premiers interlocuteurs des personnes détenues dans ce dispositif, il importe qu'ils soient sensibilisés à cette problématique.

Dans certaines circonstances (rapports sexuels non consentis, conflit, plainte, etc.), le médecin de l'unité sanitaire peut demander si la personne accidentée souhaite un transfert dans un autre établissement. Ces situations, très difficiles à vivre pour la personne, nécessitent un soutien psychologique qui doit être systématiquement proposé.

Les accidents survenus chez le personnel pénitentiaire sont pris en charge dans le cadre des accidents de service.

II - LES DISPOSITIFS DE RÉDUCTION DES RISQUES : LES CAARUD

Créés par le décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) s'adressent aux personnes exposées à des risques du fait de leur consommation de substances psychoactives.

MISSIONS DES CAARUD (ARTICLE R. 3121-33-1 DU CSP) :

- l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues ;
- l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...);
- le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour l'automate) ;
- l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

Les CAARUD prennent souvent en charge les usagers les plus précarisés et présentant le risque de séro-conversion le plus élevé. Ils peuvent intervenir en milieu pénitentiaire pour :

- développer des actions de réduction des risques ;
- aider les consommateurs à accéder aux soins (notamment à la substitution aux opiacés) et au dépistage des infections virales.

Si la personne détenue était suivie dans un CAARUD avant son incarcération, il est possible et souhaitable de maintenir ce suivi au cours de la détention. Afin de favoriser la continuité de la prise en charge des personnes, une attention particulière doit être portée par l'unité sanitaire à l'orientation des personnes détenues vers un CAARUD lorsque cela est nécessaire à la fin de l'incarcération.

ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

La **promotion de la santé** est définie comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » dans la charte d'Ottawa, texte fondateur publié par l'OMS en 1986⁶⁸. Ceci, au travers de l'élaboration de politiques pour la santé, de la création d'environnements favorables à la santé, du renforcement de l'action communautaire, de l'acquisition d'aptitudes individuelles et de la réorientation des services de santé.

L'**éducation pour la santé** s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé. Il s'agit non seulement de transmettre des connaissances mais aussi de permettre leur appropriation ainsi que l'acquisition, par les personnes, des compétences nécessaires à la réalisation de choix qui concourent à maintenir ou améliorer leur santé. L'éducation pour la santé est basée sur la participation des personnes et s'appuie sur leurs demandes et leurs représentations⁶⁹.

L'éducation pour la santé et la promotion de la santé prennent en compte l'environnement physique, social, culturel des personnes et font appel à des techniques pédagogiques. Elles sont basées sur une approche pluridisciplinaire et intersectorielle et ne se limitent pas aux professionnels de la santé.

I - CONTEXTE

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) depuis leur création en 1994.

La démarche de promotion de la santé et d'éducation pour la santé s'intègre dans une approche « *globale* » qui inclut l'environnement des personnes détenues, les conditions de vie dans l'établissement pénitentiaire et associe l'ensemble des intervenants (approche globale de la prison, « *whole prison approach* » de l'OMS⁷⁰), en cohérence avec les principes de la charte d'Ottawa. Elle prend en compte les besoins de santé y compris ceux relatifs aux conditions de vie (déterminants de santé). Ces derniers aspects sont traités en commission santé de l'établissement pénitentiaire.

⁶⁸ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

⁶⁹ Bourdillon, F. [sous la direction de], *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis*, Inpes, coll. Varia, 2009, 192 p. fiche 1, page 48, consultable sur www.inpes.sante.fr.

⁷⁰ « *Health in Prisons : A WHO guide to the essentials in prison health* », accessible à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

En application des textes législatifs et réglementaires, l'établissement de santé ayant en charge le dispositif de soins somatiques a la responsabilité de la coordination de ces actions et de l'élaboration du programme annuel ou pluriannuel. Celui-ci est élaboré en lien avec l'établissement de santé en charge du dispositif de soins psychiatriques (si celui-ci diffère), l'établissement pénitentiaire et le SPIP. Pour mener à bien ces actions, un comité de pilotage est mis en place.

II - OBJECTIFS

- donner aux personnes détenues les moyens de faire des choix favorables à leur santé au travers de la transmission d'informations et de l'acquisition de compétences. Cela concerne le mode de vie, les comportements et les facteurs de risque mais aussi l'environnement des personnes et la capacité à recourir aux ressources existantes dans le domaine de la prévention et de la santé, du social, de l'éducation, etc. ;
- assurer l'adéquation des actions de promotion et d'éducation pour la santé à la population carcérale présente dans l'établissement pénitentiaire, à ses besoins en la matière ainsi qu'aux politiques de santé publiques nationales et régionales ;
- intégrer les actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé dans un plan cohérent et coordonné ;
- coordonner les actions notamment au regard de la multiplicité des intervenants et des financeurs.

III - ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

A. LE COMITÉ DE PILOTAGE

a. Missions

Le **comité de pilotage** a pour mission d'élaborer, ou de valider, le **programme annuel ou pluri-annuel d'éducation pour la santé**. Pour cela, il :

- définit des priorités dans l'établissement notamment au regard des besoins des personnes détenues dans l'établissement et des politiques de santé régionales et nationales ;
- valide les propositions d'actions et le choix des intervenants ;
- échange l'information sur les actions menées et/ou financées ;
- suit la mise en œuvre et la cohérence des actions ;
- analyse les évaluations des actions mises en œuvre et propose des adaptations ou changements nécessaires, le cas échéant.

Il se réunit au minimum une fois par an.

b. Composition

Il est présidé par le directeur d'établissement de santé ou son représentant (article R. 6112-20 du Code de la santé publique). Le médecin coordonnateur de l'unité sanitaire et/ou le cadre de santé coordonne le comité de pilotage.

Les membres suivants peuvent y participer :

- médecin responsable du dispositif de soins somatiques de l'unité sanitaire et cadre de santé ;
- médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques de l'unité sanitaire et cadre de santé ;
- personnels soignants de l'unité sanitaire (DSS et DSP) ;

- directeur du/des établissement(s) de santé en charge de l'unité sanitaire ;
- personnels des services pénitentiaires ;
- chef de l'établissement pénitentiaire ;
- personnels du SPIP ;
- représentants de la PJJ dans les établissements accueillant des mineurs ;
- autres partenaires jugés utiles en fonction des situations locales (personnels de l'Éducation nationale, CSAPA, IREPS/CODES, CLAT, CDAG⁷¹, associations, etc.).

L'ARS et la DISP peuvent être invitées.

B. PROGRAMME D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Le programme d'éducation pour la santé est l'ensemble des actions identifiées et retenues après évaluation des besoins. Son objectif est de toucher un public large, certaines actions pouvant néanmoins cibler des besoins spécifiques.

Il s'inscrit dans les plans régionaux de santé (PRS) élaborés par les ARS, dont les schémas régionaux de prévention (SRP)⁷² font partie, et prend en compte les plans et programmes nationaux de santé publique (dont certains mentionnent explicitement le milieu pénitentiaire).

Il est adressé par la direction de l'établissement de santé à l'ARS. Celle-ci, sous réserve de la validation du programme, peut attribuer des financements.

Il fait l'objet d'une évaluation annuelle.

ÉVALUATION DES BESOINS

- Elle se fait à partir de plusieurs types de données, en particulier :
- données d'ordre épidémiologique sur l'état de santé des personnes détenues dans l'établissement ou régional ;
 - demande exprimée par les personnes détenues (expression spontanée au personnel soignant ou à tout intervenant dans l'établissement pénitentiaire, questionnaires, focus groupes, groupes de paroles, etc.) ;
 - interrogation des acteurs soignants et non soignants (SPIP, éducateurs, intervenants associatifs, etc.).

Cette démarche et les résultats seront présentés dans le cadre du comité de pilotage.

L'établissement de santé a par ailleurs toute latitude pour engager ou impulser des actions complémentaires et/ou novatrices en collaboration avec les partenaires de son choix, leur accès à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire nécessitant l'accord des services pénitentiaires.

⁷¹ CSAPA : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, IREPS/CODES : instances régionales d'éducation pour la santé/comités départementaux d'éducation pour la santé, CLAT : centre de lutte antituberculeuse, CIDDIST : centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit VIH et hépatites.

⁷² Articles L. 1434-5 et L. 1434-6 du Code de la santé publique, voir références.

IV - ACTIONS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Il s'agit, en règle générale, d'actions collectives s'adressant à des petits groupes de personnes.

A. CONTENU DES ACTIONS

- actions ponctuelles telles que l'organisation d'événements à l'occasion de journées nationales ou mondiales (VIH, tuberculose, tabac), semaine internationale de la santé mentale, semaine de la vaccination, par exemple ;
- groupes de parole, d'ateliers d'expression se réunissant sur plusieurs sessions ou ponctuellement ;
- séances d'information suivies d'échanges ;
- construction de supports d'information donnant l'occasion d'un échange.

Les actions sont adaptées au public auquel elles s'adressent (âge, sexe, maîtrise de la langue).

B. INFORMATION SUR LES ACTIONS DU PROGRAMME

Auprès des personnes détenues :

- au travers de supports de communication (livret d'accueil, affiches, dépliants, canaux vidéos internes) ;
- et/ou lors des consultations.

Auprès de l'ensemble des personnels et intervenants en milieu pénitentiaire du déroulement de l'action.

C. CHOIX DES INTERVENANTS

Ils peuvent être internes (personnels de soins de l'unité sanitaire, SPIP) mais également externes. Il revient dans ce cas au comité de pilotage de valider ces choix.

D. ÉVALUATION DES ACTIONS

Elle tient compte des objectifs fixés. Différents paramètres peuvent être analysés : adéquation aux besoins, adhésion des participants, analyse de l'impact de l'action, évaluation des partenariats...

Des enquêtes peuvent être conduites auprès des personnes détenues, afin d'évaluer leur satisfaction et l'acquisition des connaissances mais également auprès des intervenants.

V. PRINCIPAUX INTERVENANTS

A. PROFESSIONNELS DE SANTÉ DONT LA MISSION INTÈGRE LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

- de l'unité sanitaire (DSS, DSP). Leurs missions intégrant la coordination de ces actions ;
- des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dont la mission allie accueil, information, réduction des risques et prise en charge sociale et éducative. Ils interviennent fréquemment en milieu pénitentiaire (instruction DSG/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention).

B. INTERVENANTS EXTÉRIEURS AGISSANT EN COORDINATION AVEC L'UNITÉ SANITAIRE

- les structures spécialisées en promotion et éducation pour la santé (instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)) et leur pôle régional de compétences, en regroupant des partenaires permettant ainsi d'élargir leur champ d'intervention, peuvent apporter un appui méthodologique notamment dans l'élaboration du programme et peuvent conduire elles-mêmes des programmes ou des actions de proximité. Elles sont fédérées au plan national dans la Fédération nationale d'éducation pour la santé (FNES⁷³);
- le secteur associatif. Les activités relatives à l'éducation pour la santé et à la promotion de la santé mises en œuvre par le secteur associatif dans l'établissement sont incluses. Ce sont principalement des associations agissant sur des thématiques de santé précises (notamment l'infection au virus VIH et les hépatites, l'alcoolisme, les addictions), ou plus généralistes voire non liées directement aux sujets de santé mais œuvrant dans le domaine de l'éducation ou du soutien aux personnes détenues et à leurs proches. Ces associations peuvent intervenir dans le cadre de conventions cadres nationales ou locales ou, en l'absence de convention, avec l'autorisation d'accès de la direction de l'établissement pénitentiaire;
- des intervenants non associatifs : praticiens libéraux, troupes de théâtre...

C. ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET PJJ

- les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), ainsi que les établissements pénitentiaires participent à la conception et à la mise en œuvre des programmes et actions en éducation et promotion de la santé;
- les éducateurs et les personnels infirmiers des directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse (DIRPJJ) dans les établissements accueillant des mineurs ont vocation à développer des actions d'éducation pour la santé en direction des mineurs et à ce titre participent à la conception et à la mise en œuvre des programmes et actions en éducation et promotion de la santé.

D. TOUTE PERSONNE DONT L'ACTION PEUT AVOIR UN IMPACT SUR LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES (ENSEIGNANTS, ÉDUCATEURS, MAGISTRATS, ETC.)

VI. FINANCEMENT

A. MODALITÉS DE FINANCEMENT

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des unités sanitaires. À ce titre, elles coordonnent, pilotent et participent à l'élaboration du programme d'actions avec l'ensemble des partenaires. De manière régulière, elles réalisent également elles-mêmes des actions (source : état des lieux Inpes, 2012).

⁷³ <http://www.fnes.fr>

Les actions de promotion et d'éducation pour la santé sont financées par des crédits du Fonds d'intervention régional des agences régionales de santé (décret du 27/02/2012, délégués aux ARS et attribués après une procédure d'appel à projets aux candidats retenus, hospitaliers ou non), ou sous forme de subventions directes.

D'autres sources de financement existent provenant :

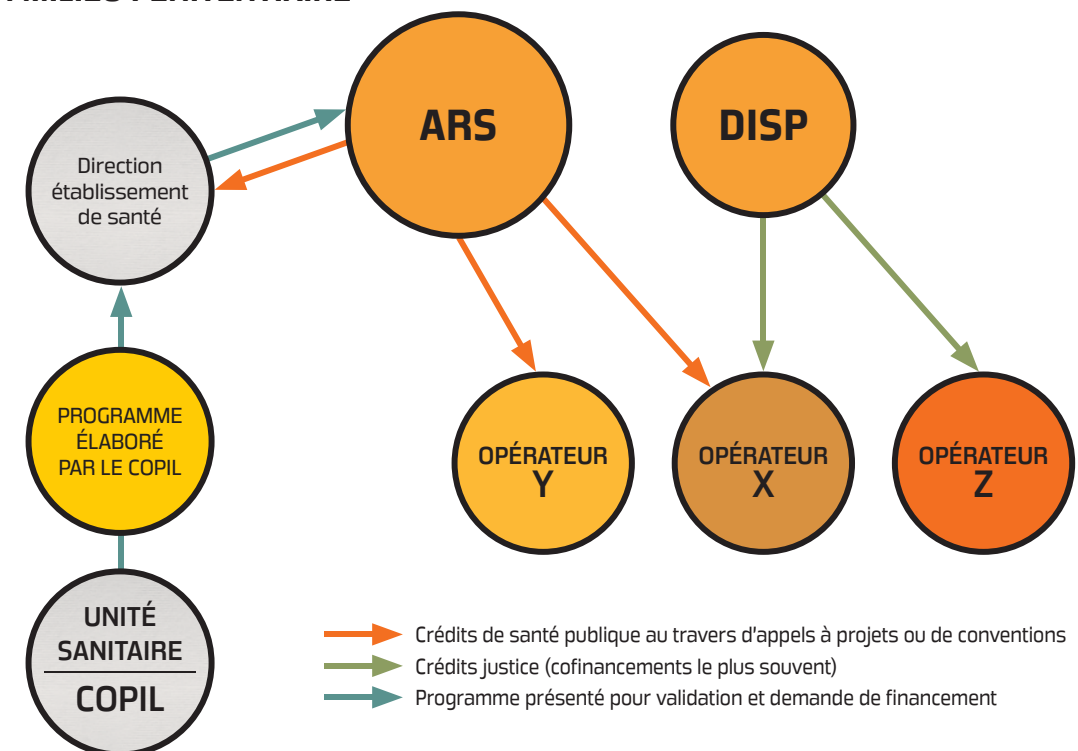
- des directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) qui peuvent participer au financement d'actions au travers d'appels à projets, voire à participer à des appels à projets communs avec les ARS;
- des crédits de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), au travers d'appels à projets. Il s'agit de crédits départementaux gérés par les préfetures ou de crédits nationaux issus du fond de concours. Ces derniers varient d'une année sur l'autre;
- des structures nationales, dans le cadre d'appels à projets, comme l'Inpes ou le secteur associatif;
- des conseils généraux au travers de certaines actions menées par leurs structures (centre de planification ou d'éducation familiale par exemple);
- du secteur associatif qui peut réaliser des actions sur ses propres financements.

B. MODALITÉS D'OBTENTION DE FINANCEMENT

L'ARS informe des appels à projets les directions des établissements de santé concernés ainsi que la DISP. Les directions des établissements de santé négocient avec l'ARS le financement des actions du programme (celui-ci ayant été validé préalablement).

Le COPIL est informé des crédits attribués à certaines actions (ces crédits sont fléchés).

LES PRINCIPAUX FINANCEURS DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE



#3

DOCUMENTS CADRES

- Modèle de protocole cadre
- Annexes au protocole
- Modèle de convention entre l'établissement de santé assurant les soins somatiques et celui assurant les soins psychiatriques
- Modèle de convention relative à la protection sociale
- Repères utiles pour la prise en charge de la santé des personnes mineures détenues

MODÈLE DE PROTOCOLE CADRE

P. 219 > 226

ENTRE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE ET LE OU LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
CHARGÉS DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES

Le directeur général de l'agence régionale de santé
Le ou les directeurs du ou des établissements de santé
Le directeur interrégional des services pénitentiaires
Le chef de l'établissement pénitentiaire

Article 1^{er}

Le ou les établissements de santé assurent les missions sanitaires prévues par les articles R. 6112-14 et suivants du CSP.

Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie le DG de l'ARS désigne l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé admis à assurer cette mission (L. 6112-1 du CSP).

Les modalités d'intervention du ou des établissements de santé sont fixées par un protocole.

Lorsque l'établissement de santé assurant les soins psychiatriques diffère de celui assurant les soins somatiques, une convention précise les modalités de leur coordination et des missions et moyens devant être mutualisés.

Pour les établissements de santé ayant une autorisation de prise en charge en hospitalisation de jour psychiatrique, sont précisées les modalités de mise en œuvre de celle-ci.

Article 2

En référence à l'article R. 6112-14 du CSP, le ou les établissements de santé sont chargés de dispenser au sein de l'établissement pénitentiaire les soins somatiques et psychiatriques aux personnes détenues. Dans ce cadre, il lui ou leur reviennent d'assurer l'ensemble des prestations ambulatoires, voire hospitalières relevant de la médecine générale et de la psychiatrie, les soins dentaires, des consultations spécialisées, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Les consultations spécialisées qui ne peuvent être organisées en milieu pénitentiaire sont assurées au sein de l'établissement de santé. En cas d'impossibilité, celui-ci prend toutes dispositions pour que celles-ci soient réalisées dans un autre établissement de santé.

L'établissement pénitentiaire prend toutes mesures utiles pour assurer la sécurité des personnes et des biens à l'occasion de ces consultations conformément aux dispositions de l'article D. 373 du Code de procédure pénale. Le ou les établissements de santé mettent en place une unité sanitaire dont les modalités d'organisation et de fonctionnement, définies en accord avec le chef de l'établissement pénitentiaire, sont décrites en annexe I du présent protocole.

Article 3

En référence à l'article R. 6112-19, le ou les établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire et, le cas échéant, en milieu hospitalier des soins aux personnes détenues dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation.

Il(s) effectue(nt) ou fait(font) effectuer les examens, notamment radiologiques ou de laboratoire nécessaires au diagnostic.

Il(s) pourvoit(ent) à l'équipement médical et non médical des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire destinés aux consultations, aux soins et aux examens, et en assure la maintenance.

L'établissement de santé chargé des soins somatiques assure la fourniture et le transport des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur conformément au deuxième alinéa de l'article L. 5126-9. Il assure l'élimination des déchets hospitaliers.

L'annexe II du présent protocole prévoit les modalités d'organisation de ces transports.

Article 4

En référence à l'article R. 6112-20, l'établissement public de santé chargé des soins somatiques coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé. À ce titre, en lien avec l'établissement pénitentiaire, il veille à ce que les conditions soient réunies, au sein de l'établissement pénitentiaire, pour assurer les missions relevant des actions de santé recentralisées (loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales). Il coordonne ces actions avec les services correspondant, habilités par l'ARS ou conventionnés avec l'État (lorsque le conseil général continue d'exercer cette activité).

Ainsi les modalités d'intervention d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine (CDAG) sont fixées par convention entre l'établissement de santé et la structure sanitaire, notamment lorsque celle-ci est gérée par un conseil général.

De même une convention prévoyant les modalités d'intervention des centres de lutte antituberculeuse (CLAT), notamment les actions de dépistage pour les personnes venant de l'état de liberté est signée à cet effet dans les mêmes conditions que précédemment.

Article 5

En référence à l'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, la personne désignée en charge de la fonction du pilotage de l'organisation correspondante élabore un « *protocole organisationnel* » *ad hoc* dont les principaux attendus sont précisés dans l'annexe III du présent protocole.

Article 6

Les interventions mentionnées aux articles 3, 4 et 5 sont assurées par une équipe hospitalière (somatique et psychiatrique) placée sous la coordination d'un praticien. L'activité de ses membres s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables.

Les membres de l'équipe hospitalière (somatique et psychiatrique) intervenant en milieu pénitentiaire sont soumis à une procédure d'habilitation conformément à l'article D. 386 du CPP.

Les personnels hospitaliers sont informés des règles de fonctionnement en vigueur dans l'établissement auxquelles ils doivent se conformer.

La composition de l'équipe soignante incluant les équipes de soins somatiques et psychiatriques est précisée en annexe IV du présent protocole.

Article 7

En référence à l'article R. 6112-19, le ou les établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire et, le cas échéant, en milieu hospitalier des soins aux personnes détenues dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation.

Ces soins incluent des consultations réglementaires (art. R. 6112-14 à R. 6112-27 du CSP, D. 379 et R. 57-8-1 et suivants du CPP) mais également toutes consultations médicales nécessaires au suivi de ces personnes (médecine générale, spécialisée, psychiatrique).

Les consultations réglementaires nécessitent une organisation appropriée respectant soit des délais, soit des modalités d'organisation à convenir avec l'administration pénitentiaire.

Ce suivi médical comporte notamment les consultations suivantes :

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

L'annexe V du présent protocole précise ces modes d'organisation.

Article 7 bis

Les modalités de mise en place et de fonctionnement des activités de soins psychiatriques de niveau 1 intégrant des activités de consultations, d'entretiens mais également des activités thérapeutiques de groupe sont précisées en annexe V bis du présent protocole.

Article 7 ter

Pour les établissements de santé ayant une autorisation de prise en charge en hospitalisation de jour psychiatrique au sein de l'établissement pénitentiaire, les modalités de mise en œuvre de celle-ci précisant le nombre de places de jour, le nombre de cellules d'hébergement dédiées affectées, les conditions de fonctionnement et les responsabilités des équipes soignantes et pénitentiaires sont fixées en annexe V ter du présent protocole.

Article 7 quater

22 établissements pénitentiaires sont spécialisés dans la prise en charge d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS). Un protocole santé-justice signé le 16 décembre 2011 fixe les modalités d'intervention des unités sanitaires et des personnels pénitentiaires.

Ces modalités sont précisées en annexe V quater du présent protocole.

Article 8

En référence à l'article R. 6112-21, l'État (administration pénitentiaire/justice) assure la sécurité des personnels concourant aux missions définies au dernier alinéa de l'article L. 6112-1.

Le personnel pénitentiaire et les professionnels de la PJJ pour les mineurs sont informés des missions dévolues à l'établissement de santé et des modalités de fonctionnement des unités sanitaires. Ils concourent à ce fonctionnement dans le cadre de leurs missions propres.

Des personnels de surveillance sont affectés par le chef de l'établissement pénitentiaire au maintien de l'ordre et à la sécurité de l'unité sanitaire, après avis du praticien coordonnateur de l'unité. Ce dernier peut proposer le remplacement de tout agent de l'unité si ce remplacement lui paraît nécessaire à l'intérêt du service.

Les mesures de sécurité sont précisées en annexe VI du présent protocole.

Article 9

Le ou les établissements de santé s'assurent de la continuité des soins à la sortie des personnes qui le nécessitent en liaison avec les structures sanitaires et médico-sociales d'aval et le service départemental pénitentiaire d'insertion et de probation et/ou le service éducatif de la PJJ.

Article 10

En référence à l'article 46 de la loi pénitentiaire (**article D. 374 du CPP**), une permanence des soins est mise en place selon la procédure précisée en annexe VII du présent protocole.

Article 11

En référence à l'article R. 6112-22 du CSP, la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire mentionné au 2° de l'article R. 6112-19 sont pris en charge par l'État (justice). L'établissement pénitentiaire s'engage à ce que les locaux destinés à recevoir l'unité de consultations et de soins ambulatoires soient mis en conformité avec les missions de l'établissement de santé selon les modalités et le calendrier indiqués en annexe VIII du présent protocole.

Les modalités de l'entretien des locaux de l'unité sanitaire sont définies en annexe VIII bis du présent protocole.

Article 12

En référence à l'article R. 6112-19 du CSP, l'établissement de santé pourvoit à l'équipement médical et non médical des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire destinés aux consultations, aux soins et aux examens, et en assure la maintenance.

À ce titre, ces locaux spécialisés dévolus à l'activité de soins sont dotés des mêmes fonctionnalités logistiques, techniques et informatiques que les services hospitaliers du ou des établissements de santé de rattachement, notamment pour les équipements biomédicaux et les systèmes d'information.

Concernant les systèmes d'information, le ou les établissements de santé doivent se conformer au protocole spécifique signé par les directeurs de la DAP et de la DGOS en mai 2009.

Les équipements nécessaires sont listés en annexe IX du présent protocole.

Article 13

En référence à l'article L. 381-30-5 II du CSS, l'État (justice/administration pénitentiaire) verse à l'établissement de santé la part des dépenses de soins non prises en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

Pour le remboursement de la part des dépenses de soins assurés en milieu pénitentiaire restant à la charge de l'administration pénitentiaire, le ou les établissements de santé adressent au fil de l'eau une facturation établie sur des états nominatifs incluant un relevé des actes, leur valorisation, le taux de prise en charge et le montant des frais restant à la charge de l'administration pénitentiaire.

Cette règle constituant un objectif cible, celle-ci peut être adaptée, les titres de recettes individuels pouvant être globalisés mensuellement ou trimestriellement. Celle-ci est précisée dans l'annexe X relative à cet article.

L'établissement de santé en charge des prestations pharmaceutiques, des dispositifs individuels et des prothèses, adresse un relevé global mensuel des sommes dues par l'administration pénitentiaire.

Les patients relevant d'une affection de longue durée sont identifiés sans mention de la nature de celle-ci.

Le paiement par l'administration pénitentiaire des sommes dues à l'établissement de santé doit intervenir dans les deux mois suivant la date de l'émission du titre de recettes par l'EPS. Cette règle constitue un objectif cible pouvant être adaptée selon les modalités définies au niveau local.

Article 13 bis

En référence à l'article R. 6112-22 du CSP, sont prises en charge :

- Sur des crédits État (santé crédits alloués aux ARS)
Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé mentionnées au 1° de l'article L. 381-30-6 du Code de la Sécurité sociale.
- Sur des crédits État (justice/administration pénitentiaire)
 - les frais de transport à l'établissement pénitentiaire des praticiens et agents hospitaliers qui ne sont pas affectés exclusivement dans cet établissement. Lorsque ces praticiens et agents perçoivent des indemnités de déplacement, celles-ci sont remboursées à l'établissement de santé sur la base des dispositions relatives au remboursement des frais de voyage et de séjour applicables aux fonctionnaires de l'État ;
 - les frais de transport des produits et petits matériels à usage médical et des produits pharmaceutiques ;
 - les dépenses relatives aux moyens humains assurant l'hygiène des locaux.

Le mandatement par l'administration pénitentiaire des sommes ainsi définies ainsi que des frais de transport mentionnés doit intervenir au plus tard dans le mois suivant l'émission du titre de recettes.

L'annexe X précise les prises en charge médicales et frais de transports donnant lieu à remboursement par l'administration pénitentiaire et les modalités de facturation et de paiement de celles-ci.

Article 14

Le ou les établissements de santé établissent **un rapport annuel d'activité** incluant un bilan des activités recensées (somatiques et psychiatriques), un bilan de l'activité pharmaceutique, un bilan de la prise en charge des addictions et une présentation des actions de prévention et d'éducation pour la santé réalisées. Ce rapport identifie les activités de soins somatiques et psychiatriques.

Il est transmis aux signataires du protocole, aux membres du comité de coordination au moins 15 jours avant la tenue de la réunion ainsi qu'au conseil d'évaluation de l'établissement pénitentiaire.

Article 15

Conformément aux articles D. 90 et suivants et D. 514 du CPP, le chef d'établissement pénitentiaire met en place une commission pluridisciplinaire unique (CPU) et la réunion hebdomadaire pluridisciplinaire relative aux mineurs incarcérés.

Les personnels soignants, selon l'ordre du jour, sont amenés à y participer. Les conditions de ces participations sont précisées dans les textes correspondants.

L'annexe XI du présent protocole précise les modalités de fonctionnement de la CPU (périodicité), de la réunion hebdomadaire pluridisciplinaire et des commissions auxquelles le personnel soignant est convié.

Article 16

Pour application de 10° de l'article R. 6112-23 du Code de la santé publique est constitué un **comité de coordination**. La composition et les modalités de fonctionnement de ce comité sont précisées en annexe XII du présent protocole.

Article 17

Le présent protocole est applicable à compter du
Il est conclu pour une période de trois ans et, le cas échéant, réactualisé par avenant.

Les annexes sont actualisées en tant que de besoin après accord de l'ensemble des signataires et sont revues systématiquement tous les trois ans.

Fait à,	le
Le directeur général de l'agence régionale	Le directeur interrégional des services pénitentiaires

Le ou les directeurs du ou des établissements de santé

Le chef de l'établissement pénitentiaire

ANNEXES AU PROTOCOLE

P. 227 > 232

Annexe I (article 2 du protocole) : Organisation et fonctionnement de l'unité de soins

Sont précisés :

- les horaires d'ouverture de l'unité de soins ;
- les horaires de présence des personnels infirmiers ;
- les horaires de consultations des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes ;
- les horaires de présence des psychiatres ;
- les modalités d'organisation des consultations spécialisées (périodicité) et leur nature ;
- les horaires de présence des surveillants pénitentiaires ;
- le nombre maximum de patients attendus par créneau horaire ;
- les moyens mis en œuvre par l'administration pénitentiaire pour assurer une gestion optimum des consultations (règles de non-cohabitation ou de non-croisement des différentes populations de personnes détenues, surbooking, etc.) ;
- les modalités d'organisation des prescriptions et dispensation des produits pharmaceutiques ;
- les modalités de distribution des produits pharmaceutiques (horaires) et modalités d'accompagnement par un personnel de surveillance et la périodicité du passage des pharmaciens.

Annexe II (article 3 du protocole) : Relations « logistiques » et modalités de toutes les livraisons de l'établissement de santé sur le site pénitentiaire (stérilisation, pharmacie, prélèvements biologiques, linge, petits matériels, équipements, fournitures diverses, courrier...)

Sont précisés :

- le planning des livraisons (jours, horaires) ;
- les modalités de contrôle, d'enlèvement et de dépose ;
- les modalités d'enlèvement des déchets ménagers et des DASRI générées par l'activité hospitalière.

Annexe III (article 5 du protocole) : Modalités de prise en charge des addictions

Sont précisés :

- les modalités de coordination entre les professionnels impliqués (somaticiens, psychiatres, addictologues, SPIP, PJJ...);
- le nom et le statut du CSAPA référent désigné et son rôle ;
- les modalités de réalisation du bilan addictologique pour chaque entrant.

Annexe IV (article 6 du protocole) : Composition de l'équipe soignante en nombre d'ETP budgétés

Sont listés :

- les effectifs médicaux ;
- les effectifs non médicaux.

Annexe V (article 7 du protocole) : Organisation des consultations réglementaires

Sont précisés :

- les délais à respecter ;
- les conditions de ces consultations (au sein de l'unité de soins, en cellule).

Annexe V bis (article 7 bis du protocole) : Organisation des activités thérapeutiques de groupe

Sont précisées les modalités d'organisation intégrant :

- le projet d'activités de soins ;
- un calendrier prévisionnel de montée en charge du dispositif sanitaire ;
- l'organisation matérielle de la prise en charge (quels locaux, planning d'utilisation) ;
- les accompagnements par des surveillants pénitentiaires en tant que de besoin.

Annexe V ter (article 7 ter du protocole) : Hospitalisation de jour psychiatrique

Sont précisés :

- le nombre de places d'HJ autorisées ;
- le nombre de cellules d'hébergement dédiées ;
- les conditions d'admission ;
- les horaires de prise en charge sanitaire ;
- le nombre de surveillants pénitentiaires affectés à cette unité ;
- les conditions de fonctionnement de cet HJ (organisation des activités, ouverture des cellules, accès de soignants, etc.).

Annexe V quater (article 7 quater du protocole) : Prise en charge des AICS

Sont précisées les modalités d'organisation intégrant :

- le projet d'organisation des soins ;
- un calendrier prévisionnel de montée en charge du dispositif sanitaire de spécialisation ;
- l'organisation matérielle de la prise en charge ;
- les éventuels accompagnements par des surveillants nécessaires.

Annexe VI (article 8 du protocole) : Sécurité du personnel

Sont précisés :

- le nombre de surveillants pénitentiaires affectés à l'ordre et la sécurité des unités de soins ;
- leurs horaires de présence ;
- le nombre d'API mises à disposition des personnels de santé présents dans l'unité de soins ;
- les modalités de sécurisation des locaux (alarme coup de poing, portique...) ;
- les modalités d'information et de formation des personnels santé par la direction de l'établissement pénitentiaire aux divers systèmes de sécurité intégrant la sécurité incendie.

Annexe VII (article 10 du protocole) : Permanence des soins

Est précisée l'organisation retenue pour assurer la permanence des soins :

- régulation 15 ;
- astreinte hospitalière ;
- médecine libérale ;
- autres.

Annexe VIII (article 11 du protocole) : Les locaux

À préciser : locaux conformes ou non (référence : *Guide santé-justice de programmation pour la construction de nouveaux établissements pénitentiaires*).

Si les locaux sont non conformes, il est utile de joindre un état du projet envisagé, lorsque des travaux s'avèrent nécessaires indiquant :

- description de l'opération et plan de l'état futur ;
- liste des locaux et des surfaces correspondantes ;
- coût de l'opération ;
- calendrier de réalisation de l'opération.

Annexe VIII bis (article 11 du protocole) : Entretien des locaux de l'unité de soins

Préciser les modalités d'entretien de ces locaux selon le Cahier III (fiche « *Modalités financières* »).

Annexe IX (article 12 du protocole) : Les équipements

Sont listés les équipements installés au sein de l'unité de soins :

- équipements biomédicaux : radiologie, fauteuil dentaire, etc. ;
- équipements informatiques.

Annexe X (article 13 et 13 bis du protocole) : Modalités de facturation des sommes dues par l'AP

Sont précisées par nature de prestations les modalités de facturation des sommes dues par l'AP.

Annexe XI (article 15 du protocole) : CPU et réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire relative aux mineurs : fonctionnement

Sont précisées :

- la périodicité des réunions ;
- les commissions requérant la présence de personnel soignant.

Annexe XII (article 16 du protocole) : Comité de coordination

Sont précisées les modalités d'organisation et de fonctionnement du comité de coordination :

- membres du comité ;
- périodicité des réunions.

MODÈLE DE CONVENTION ENTRE
L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ASSURANT
LES SOINS SOMATIQUES ET CELUI ASSURANT
LES SOINS PSYCHIATRIQUES

P. 233 > 236

Cette convention vise à préciser les nécessaires articulations entre les dispositifs de soins somatiques et psychiatriques lorsqu'ils sont assurés par deux établissements de santé différents.
Cette convention sera déclinée sous forme d'un contrat interne entre soit deux pôles d'activité soit deux secteurs d'un même pôle lorsque les soins somatiques et psychiatriques sont dispensés par le même EPS.

Le directeur général de l'agence régionale de santé.....
Le directeur du CH (ou EPSM) de.... *(nom de l'établissement de santé chargé des prestations psychiatriques)*.....
Le directeur du CH de... *(nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques)*...
.....

Article 1

En référence aux dispositions de l'article R. 6112-14 du CSP, les CH de *(nom de l'établissement de santé chargé des prestations somatiques)* et de *(nom de l'établissement de santé chargé des prestations psychiatriques)*... sont chargés d'assurer les prestations somatiques et psychiatriques.
Un protocole signé avec la structure pénitentiaire détermine leurs modalités d'intervention au sein de cette structure.

L'objet de cette convention conclue entre deux établissements de santé, lorsque les soins psychiatriques et somatiques sont assurés par deux centres hospitaliers différents, est de préciser notamment :

- les nécessaires articulations entre les projets médicaux ;
- les projets médicaux et fonctionnels communs ;
- les structures communes ;
- la mutualisation des moyens ;
- l'interopérabilité des systèmes d'information ;
- les modalités de coordination et de concertation des deux ETS et des deux équipes de soins travaillant dans une même unité.

Article 2

Les deux établissements de santé s'engagent à se concerter avant la finalisation de leur projet médical **et à définir les dossiers communs pouvant faire l'objet d'un projet partagé.**
La liste de ces dossiers et les modalités de leur gestion sont précisées en annexe I.

Article 3

Les deux établissements de santé listent les missions voire tâches communes devant faire l'objet d'une mutualisation de structures et de moyens.

Ces missions incluent notamment :

- la gestion du circuit du médicament (prescriptions, dispensation et distribution) ;
- l'organisation des actions d'éducation et de prévention pour la santé ;
- l'archivage des dossiers médicaux ;
- l'organisation du secrétariat.

Les modalités de mise en place et de gestion de cette mutualisation sont précisées en annexe II.

Article 4

Les deux établissements de santé définissent les informations devant être échangées entre eux et organisent l'interopérabilité de leur système d'information.
L'annexe III liste ces informations, leur nature, l'objectif de ce partage, le suivi et l'évaluation.

Article 5

Les deux établissements de santé mettent en place un dossier patient informatisé précisant les modalités d'accès des deux équipes médicales.
Un dossier de soins infirmiers et paramédicaux (kinésithérapeute, diététicien..) et un dossier social complètent le dossier patient.
Les conditions d'accès des différentes catégories de personnels au dossier des patients sont protocolisées entre les médecins, dentistes, psychiatres des deux établissements de santé.

Article 6

Les deux établissements de santé déterminent les modalités de leur coordination précisant :

- les modalités de désignation du médecin, ou psychiatre, chargé d'assurer la coordination institutionnelle des équipes et des activités, et la fonction de référent vis-à-vis des autorités pénitentiaires, des directions des établissements de santé et des autorités de tutelle, ainsi que la durée de son mandat ;
- les modalités d'encadrement des personnels infirmiers et paramédicaux ;
- la responsabilité des rapports d'activité à transmettre par le directeur de l'établissement chargé des soins somatiques aux autorités de tutelle et à l'administration pénitentiaire, après validation des données par les deux directions des deux EPS ;
- les structures et modalités de concertation entre les deux EPS et des deux équipes de soins intervenant au sein du même site pénitentiaire.

Fait à, _____ le _____

Le directeur général de l'agence régionale de santé

Le directeur du CH de Le directeur du CH (ou de l'EPSM) de



MODÈLE DE CONVENTION RELATIVE À LA PROTECTION SOCIALE

P. 237 > 244

Entre :

- L'établissement pénitentiaire XXXXXX, représenté par ... et/ou le service pénitentiaire d'insertion et de probation de XXXXXX, représenté par ... et/ou la direction interrégionale des services pénitentiaires de XXXXXX, représentée par ... et désignés ci-après « *les services pénitentiaires* »
- La caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale de XXXXXX, représentée par ... et désignée ci-après « *la caisse* »
- L'établissement de santé de rattachement de XXXXXX, représenté par ...et désigné ci-après « *établissement de santé* »

Également dénommés ci-après « *les parties* »,

Vu le chapitre « *Protection sociale* » du guide méthodologique relatif à *La prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*.

Préambule

Les personnes détenues, souvent en situation de précarité au moment de leur placement en détention, nécessitent un accompagnement spécifique pour accéder effectivement aux droits sociaux ainsi qu'aux soins.

Afin de garantir une meilleure prise en charge de ces personnes, tant pendant qu'à l'issue de leur détention, et dans le respect des cadres légaux et réglementaires afférents au sujet, tels notamment les articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du Code de la Sécurité sociale et D. 366 du Code de procédure pénale, quatre axes prioritaires sont ainsi définis :

1. Améliorer l'accès aux droits
2. Améliorer l'accès aux soins
3. Améliorer l'accès à la prévention
4. Améliorer l'accompagnement médico-social

Ces axes concernent les personnes majeures et mineures, placées sous écrou. Il peut s'agir de personnes détenues, de personnes exécutant la fin de leur peine sous le régime de la surveillance électronique de fin de peine (SEFIP) ou de personnes bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine sous la forme d'une semi-liberté, d'un placement à l'extérieur ou d'un placement sous surveillance électronique.

La mise en œuvre de ces actions nécessitant de renforcer et de développer le partenariat ainsi que la coordination entre les services pénitentiaires, les établissements de santé et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en France métropolitaine ou les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, c'est à cette fin que les parties conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

La présente convention a pour objet la mise en œuvre des procédures définies par le chapitre « *Protection sociale* » du guide relatif à *La prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, par l'ensemble des parties, afin d'améliorer et harmoniser les conditions d'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes placées sous écrou ainsi que les conditions de leur accompagnement social, par les moyens suivants :

- l'optimisation des procédures d'affiliation au régime général d'assurance maladie ;
- la proposition systématique d'étudier les droits à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ;
- l'information des personnes placées sous écrou sur les actions de prévention et de dépistage ;
- l'information des personnes détenues sur leurs droits sociaux après leur libération.

Article 2

Désignation de correspondants par les parties contractantes

Les services pénitentiaires s'engagent à désigner au moins un correspondant, d'une part auprès de la caisse dans la circonscription de laquelle ils sont situés et d'autre part, auprès des établissements de santé qui leur sont rattachés.

La caisse s'engage à désigner au moins un correspondant, d'une part auprès des services pénitentiaires situés dans sa circonscription et d'autre part, auprès des établissements de santé qui leur sont rattachés.

Chaque établissement de santé s'engage à désigner au moins un correspondant, d'une part auprès des services pénitentiaires auxquels il est rattaché et d'autre part, auprès de la caisse dans la circonscription de laquelle ces derniers sont situés.

Chaque partie s'engage à informer les autres en temps réel de toute modification concernant le ou les correspondants ainsi désignés.

Article 3

Dispositions relatives à l'affiliation des personnes placées sous écrou et à la gestion de leurs droits

Affiliation

Les parties conviennent d'utiliser une fiche relative à la situation administrative de la personne placée sous écrou, à sa situation familiale ainsi qu'à sa couverture sociale avant son incarcération, conforme au modèle annexé au guide relatif à *La prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*.

Les services pénitentiaires s'engagent à la remettre à la personne lors de l'entretien qui a lieu à l'occasion de son placement sous écrou, afin qu'elle la complète avec l'assistance des services pénitentiaires, en tant que de besoin et la signe.

Les services pénitentiaires s'engagent à transmettre la fiche ainsi renseignée à la caisse compétente dans le délai prévu par le chapitre « *Protection sociale* » du guide relatif à *La prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice* et actuellement fixé à un maximum de cinq jours ouvrés.

À réception de ce document, la caisse compétente doit affilier la personne placée sous écrou selon les modalités définies par le chapitre « *Protection sociale* » sus-mentionné et s'engage à en informer les services pénitentiaires dans le délai prévu, actuellement fixé à un maximum de cinq jours ouvrés.

S'agissant des personnes détenues, l'établissement pénitentiaire doit transmettre ces informations à l'établissement de santé de rattachement, via l'unité sanitaire pénitentiaire, dans le délai maximal de cinq jours ouvrés.

Gestion des droits

Les parties s'engagent à assurer le suivi des droits sociaux de la personne ainsi affiliée pendant toute la durée de son placement sous écrou, conformément aux procédures définies par le chapitre « *Protection sociale* » du guide relatif à *La prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice* et selon les modalités suivantes : la caisse doit se mettre en rapport avec la précédente caisse d'affiliation de la personne placée sous écrou (également dénommée « *caisse cédante* ») afin de compléter, le cas échéant, les informations communiquées par l'intéressé sur ses droits préexistants (couverture maladie universelle complémentaire, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, reconnaissance d'une affection de longue durée, etc.) et de les mettre à jour.

Droits à la CMUc et à l'ACS

Pendant toute la période où la personne placée sous écrou est hébergée dans un établissement pénitentiaire situé dans son ressort, la caisse doit procéder au renouvellement des droits à la CMUc ou à l'ACS pour l'intéressé et ses éventuels ayants droit dans les conditions définies au chapitre « *Protection sociale* » précité.

De la même façon, la caisse doit également procéder à l'étude des droits à ces dispositifs pour toute personne n'en bénéficiant pas avant son placement sous écrou et qui en fait la demande.
Les services pénitentiaires s'engagent à faciliter la mise en œuvre de ces démarches.

Suivi des ALD

La caisse doit s'assurer auprès de la caisse cédante, de l'éventuelle existence d'un protocole de soins au bénéfice de la personne nouvellement placée sous écrou. Si celle-ci a été reconnue atteinte d'une ou plusieurs affections de longue durée avant son placement sous écrou, la caisse doit prendre les mesures nécessaires au transfert du protocole de soins au service du contrôle médical placé près d'elle.

Le médecin de l'établissement de santé de rattachement doit se mettre en rapport avec le médecin-conseil compétent.

Lorsque l'ALD est reconnue alors que la personne se trouve sous écrou, l'ensemble des parties s'engage à procéder selon les dispositions de droit commun, dans le respect des procédures décrites par le chapitre « *Protection sociale* » sus-mentionné.

Cas de transfert des personnes détenues

Ils doivent impérativement être gérés selon les procédures fixées par les dispositions du guide y afférentes.

L'établissement pénitentiaire s'engage à signaler à la caisse, par le moyen de son choix, les transferts hors circonscription, départ ou accueil d'une personne détenue.

La caisse s'engage à assurer un double rôle. En tant que caisse prenante, elle doit vérifier que l'affiliation de la personne détenue sur la caisse précédente est effective et échéancer le dossier pour la durée fixée par le guide, c'est-à-dire 40 jours, soit J+40.

Passé ce délai, la caisse contacte l'établissement pénitentiaire afin de connaître la situation de l'assuré. Si la personne n'est plus dans sa circonscription, la caisse doit classer le dossier. Dans le cas contraire, la caisse doit prendre le dossier pour affilier la personne selon les modalités habituelles.

En tant que caisse cédante, elle prend en compte l'information du transfert et collabore en tant que de besoin avec la caisse prenante.

Continuité des droits pour les personnes détenues

Chaque mois, la caisse vérifie les fins de droits du mois et demande aux services pénitentiaires les informations sur la situation des personnes détenues. Lorsque la personne est toujours détenue, les droits doivent être reconduits pour un an. Si la personne a été libérée les droits doivent être mis à jour en fonction de sa situation pénale (libération pure et simple ou libération avec maintien d'un écrou dans le cadre d'une SEFIP ou d'un aménagement de peine).

Article 4

Mesures destinées à développer l'information des personnes placées sous écrou

La caisse s'engage à procéder régulièrement et par tous les moyens qu'elle juge opportuns (journée d'information, remise de dépliants...), à l'information, sur l'ensemble de leurs droits ainsi que, le cas échéant, ceux de leur famille, sur les assurances maladie et maternité, à la CMU complémentaire (CMUc), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et à l'aide médicale de l'État (AME), des personnes placées sous écrou et plus particulièrement les publics suivants :

- les personnes nouvellement placées sous écrou ;
- les personnes devant prochainement bénéficier d'une SEFIP ou d'un aménagement de peine ;
- les personnes devant être prochainement libérées.

Les services pénitentiaires s'engagent à permettre et faciliter ces séquences d'information.

La caisse s'engage également à informer, en tant que de besoin et par les moyens de son choix, les autres parties contractantes des modifications réglementaires pouvant avoir des conséquences sur les droits et conditions d'accès aux soins des personnes placées sous écrou ainsi que, le cas échéant, de leur famille.

L'ensemble des parties conviennent de faire en sorte que les personnes placées sous écrou et hébergées bénéficient des campagnes nationales de dépistage et de prévention ainsi que des parcours attentionnés les concernant, dans les mêmes conditions que les autres assurés du régime général.

Article 5

Mesures destinées à favoriser la coordination et le partenariat entre les parties

Les parties s'engagent à mettre en place un comité de pilotage local dont la composition est la suivante :

- le directeur général de la caisse ou son représentant ;
- le ou les correspondants désignés par la caisse ;
- le directeur de l'établissement pénitentiaire ou son représentant ;
- le directeur fonctionnel du service pénitentiaire d'insertion et de probation ou son représentant ;
- le ou les correspondants désignés par les services pénitentiaires ;
- le directeur de l'établissement de santé de rattachement ou son représentant ;
- le ou les correspondants désignés par l'établissement de santé de rattachement ;
- pour les questions concernant les mineurs, le directeur territorial de la protection judiciaire de la jeunesse ou son représentant.

Le comité de pilotage se réunit une fois par an à l'initiative de la caisse.

Il peut également se réunir en tant que de besoin, à l'initiative de l'un de ses membres.

Lorsque la Direction interrégionale des services pénitentiaires est signataire de la présente convention ou lorsque l'ensemble des parties le prévoit lors de la conclusion de la présente convention, un comité de coordination régionale est constitué.

Il est composé comme suit :

- le directeur interrégional des services pénitentiaires ou son représentant ;
- les directeurs des établissements pénitentiaires de leur ressort ou leurs représentants ;
- les directeurs fonctionnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation du ressort de la Direction interrégionale, ou leurs représentants ;
- les directeurs généraux des caisses dans le ressort desquelles sont implantés les établissements pénitentiaires concernés, ou leurs représentants ;
- les directeurs des établissements de santé de rattachement ou leurs représentants ;
- les directeurs des ARS concernées ou leurs représentants ;
- pour les questions concernant les mineurs, les directeurs territoriaux de la protection judiciaire de la jeunesse ou leurs représentants.

Le comité de coordination régionale se réunit une fois par an à la date anniversaire de la présente convention ou en cas d'impossibilité à une date fixée d'un commun accord par ses membres.

Article 6

Suivi et évaluation du dispositif

Le comité de pilotage local est chargé du suivi et de l'évaluation des dispositions de la présente convention. Lorsqu'il existe un comité de coordination régionale, il est chargé du suivi et de la coordination des conventions existantes dans son ressort.

Article 7

Durée de la convention

La présente convention doit être conclue dans l'année suivant la publication du guide méthodologique relatif à *La prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*.

Dans l'hypothèse où une convention avait été précédemment conclue par tout ou partie des signataires de la présente convention, cette dernière annule et remplace la convention jusque-là en vigueur.

La présente convention est conclue pour une durée de trois ans renouvelable par avenant adopté dans le mois précédant sa date anniversaire.

REPÈRES UTILES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES

P. 245 > 255

I - INTRODUCTION

La prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés relève, comme pour les majeurs, du droit commun¹. La circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés précise cependant certaines caractéristiques liées à ce public.

Ces caractéristiques se déclinent en trois grands axes :

- l'exercice de l'autorité parentale ;
- l'accompagnement éducatif ;
- la spécificité de la prise en charge sanitaire du mineur détenu.

ELLES REPOSENT SUR LES PRINCIPES SUIVANTS :

- **l'état de minorité** qui fonde l'incapacité d'une personne mineure à exercer seul ses droits et obligations issus de la loi ;
- **le devoir de protection et d'éducation des personnes mineures ;**
- **l'intérêt supérieur de l'enfant**².

La détention d'une personne mineure tient compte de ces principes et y répond par :

- l'encellulement individuel ;
- le travail sur le maintien ou le rétablissement des liens familiaux ;
- le respect de la pluridisciplinarité ;
- l'accès des personnes mineures à l'enseignement, à la santé et aux activités socio-éducatives ;
- la possibilité de maintenir un jeune majeur dans un lieu de détention pour personnes mineures si son intérêt le justifie (durant une période de six mois maximum).

Dans ce contexte, la prise en charge sanitaire des personnes mineures détenues nécessite qu'une vigilance soit exercée par l'ensemble des professionnels intervenant en établissement pénitentiaire (éducatif, pénitentiaire, judiciaire et médical) en lien avec la personne mineure et les détenteurs de l'autorité parentale.

Ainsi, outre l'avis de la personne mineure, pour toutes questions concernant sa santé, le médecin doit veiller à prendre ces caractéristiques en considération aux fins de mieux cerner les besoins du jeune détenu, d'informer qui de droit et d'engager utilement une décision de soins.

Ce document a pour objet de lister ces principales caractéristiques pour une meilleure lisibilité et leur appropriation par les professionnels de santé et de justice (PJJ, administration pénitentiaire). Son objectif est également de clarifier chacune de ces caractéristiques et d'en dégager des repères utiles à la prise en charge sanitaire des personnes mineures détenues. Il s'inscrit en complément des fiches du guide méthodologique auxquelles il renvoie en précisant la référence. Il vient également en complément de la circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des personnes mineures incarcérées.

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

² Convention internationale de l'enfant, article 3, alinéa 1, résolution 44/25 du 20 novembre 1989, ONU.

II - EXERCICE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Quelle que soit la mesure judiciaire prise à l'égard d'un mineur, y compris en cas de condamnation à une peine d'emprisonnement, les responsables légaux continuent d'exercer leur autorité parentale. Les textes qui régissent l'exercice de l'autorité parentale sont mentionnés dans la fiche « *Droits des patients détenus* », Partie II ; Cahier I.

Cependant, dans l'hypothèse d'un grave manquement, la juridiction peut déchoir le ou les parents de leur autorité parentale, laquelle sera confiée à un tiers digne de confiance ou à un tuteur spécialement désigné. Par voie de conséquence, l'expression « *détenteurs (ou titulaires) de l'autorité parentale* » concerne aussi bien les parents que le tiers désigné par le juge.

Dans le cadre de la prise en charge de la santé d'une personne mineure, les détenteurs de l'autorité parentale ont le droit d'être tenus informés de la santé de leur enfant.
Cette information³ est délivrée au cours d'un entretien individuel avec les détenteurs de l'autorité parentale et/ou avec la personne mineure.

Conformément aux dispositions de l'article L. 1111-2 du CSP : « *Cette information porte sur l'état de santé de la personne mineure et son évolution, les différentes investigations, traitements, ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, les urgences éventuelles, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'elles comportent ainsi que sur les solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus.* »

Le consentement des détenteurs de l'autorité parentale est systématiquement recherché pour **toute décision médicale et chirurgicale relative** à la santé du mineur à l'exception du cas d'urgence sans possibilité de les joindre ou lorsque leur refus risque de compromettre gravement la santé du mineur (L. 1111-5).

Le consentement des détenteurs de l'autorité parentale concerne notamment :

- la vaccination (Cf. fiche « *Prévention, dépistage et prise en charge des maladies transmissibles* », Partie 2 ; Cahier IV) ;
- la transmission aux professionnels médicaux de documents comprenant des informations relatives à la santé de la personne mineure utiles lors de l'examen médical d'accueil :
 - a. le carnet de santé,
 - b. le recueil information santé (RIS) et éventuellement le projet d'accueil individualisé (PAI) (Cf. fiche « *Maladies non transmissibles* », Partie 2 ; Cahier IV) établis à la PJJ lors d'une mesure judiciaire confiée à la PJJ et préalable à la détention,
 - c. tout document médical (dossier, résultats d'examens...) relatif au suivi de santé de la personne mineure ;

³ Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute autorité de santé (HAS) et homologuées par un arrêté du ministre en charge de la Santé.

- la discussion autour du « cas » de la personne mineure dans le cadre de la commission pluridisciplinaire *ad hoc* [Cf. fiche « Partage d'informations », Partie 2 ; Cahier I] et le partage d'informations avec les professionnels médicaux extérieurs sollicités.

Les détenteurs de l'autorité parentale peuvent solliciter les professionnels médicaux pour :

- demander une consultation dans l'intérêt de la personne mineure [Cf. fiche « Consultations médicales », Partie 2 ; Cahier I] ;
- demander un certificat ou tout autre justificatif médical utile aux démarches relatives à la personne mineure [Cf. fiche « Documents médicaux », Partie 2 ; Cahier I].

QUELQUES SITUATIONS MÉDICALES FONT DÉROGATION À L'AUTORITÉ PARENTALE

Il s'agit de :

- l'accès à l'IVG (article L. 2212-7 du CSP) [fiche « Prise en charge des femmes enceintes et des enfants », Partie 2 ; Cahier IV] ;
- l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence (L. 5134-1 du CSP) ;
- le dépistage anonyme et gratuit du VIH-VHC et d'autres IST (chlamydie, gonococcie, vaginite aigue) (circulaire DGS/VS2-DSS/AM3-DH n° 32 du 26 mars 1993) [fiche « Maladies transmissibles », Partie 2 ; Cahier IV] ;
- le contexte de la maternité : autorité parentale sur le bébé (article 371-1 du Code civil) [fiche « Prise en charge des femmes enceintes et des enfants », Partie 2 ; Cahier IV].

En matière de couverture sociale [Cf. fiche « Protection sociale », Partie 2 ; Cahier III], les personnes mineures comme toutes les personnes détenues sont assurées au régime général à titre individuel durant leur détention. Elles peuvent également continuer à être couvertes par la complémentaire santé à laquelle les détenteurs de l'autorité parentale sont affiliés.

À leur sortie de détention, les mineurs incarcérés qui étaient ayants droit d'un assuré peuvent retrouver ce statut.

III - ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF

Les missions dévolues à la protection judiciaire de la jeunesse et l'organisation de ses services sont traitées dans la première partie du guide, aux chapitres « Organisation du ministère en charge de la Justice » et « Instances de contrôle et de coordination ».

A. PROFESSIONNELS ÉDUCATIFS

- **Les personnes mineures incarcérées doivent systématiquement bénéficier d'une prise en charge éducative par la PJJ. Cette exigence résulte tant des règles de droit national qu'international. Le responsable de l'unité éducative, garant de cette prise en charge éducative, est le premier interlocuteur institutionnel.**
- **Dans ce cadre, les éducateurs PJJ peuvent aider les professionnels sanitaires à emporter l'adhésion des personnes mineures à la prévention et aux soins, dans le respect du secret médical et en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale.**

À l'interface de la personne mineure et de son environnement, de l'appareil judiciaire et de tous les intervenants en détention, les professionnels éducatifs de la PJJ ont à charge d'amener la personne mineure à construire un projet éducatif et d'orientation individuelle. Ils conduisent des actions d'investigation, d'éducation, d'insertion et de protection et apportent aux magistrats les éléments d'information leur permettant d'adapter leur décision à l'évolution de la situation de la personne mineure.

Aussi, au sein d'établissements de détention (quartiers mineurs) ou d'établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM), ce travail est mené en interdisciplinarité avec tous les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire (psychologues, enseignants, surveillants pénitentiaires, professionnels de santé...).

Si l'état de la personne mineure nécessite une hospitalisation en cours de détention, la continuité de la prise en charge éducative reste assurée.

Pour ces professionnels, la santé constitue une opportunité de rencontre et de relation avec la personne mineure. C'est un des leviers utiles à l'action éducative. La prise en compte, par la personne mineure, de ses besoins de santé et son adhésion aux réponses à y apporter concourent à la construction de son projet individuel.

a. Outils « santé » de la PJJ

Dans le cadre de la prise en charge de la santé au sein des établissements et services de la PJJ dont les unités présentes en détention, les professionnels disposent d'un guide relatif aux dispositions en santé à la PJJ qui rassemble plusieurs fiches techniques les aidant à organiser la prise en charge de la santé.

Ils ont également à leur disposition deux outils de suivi en santé visant à recueillir, dans le respect du secret médical, les besoins en santé des personnes mineures et à établir les réponses à y apporter en termes d'objectifs. Sur accord de la personne mineure et des détenteurs de l'autorité parentale, ces outils peuvent faire l'objet d'un partage d'informations avec les professionnels médicaux.

- **Le recueil d'information santé ou RIS** qui permet dès l'accueil d'aborder les besoins en santé du jeune, de recueillir ceux exprimés par les détenteurs de l'autorité parentale et d'inscrire ceux repérés par les professionnels éducatifs et d'en déduire des objectifs d'intervention personnalisée en santé dans la prise

en charge éducative⁴. Le RIS comporte également des renseignements concernant la couverture sociale, les coordonnées du ou des médecins assurant le suivi de la personne mineure, les coordonnées des parents...

- **Le projet d'accueil individualisé ou PAI.** Il résulte d'une concertation entre les différents acteurs de la vie de la personne mineure et organise les modalités de sa vie quotidienne dans l'institution dans le respect des compétences de chacun et en fonction de ses besoins⁵ (affection de longue durée : pathologie, handicap...).

b. Continuité du suivi judiciaire

Le suivi judiciaire des personnes mineures est caractérisé par sa continuité : dans la plupart des cas un suivi éducatif préexiste à la détention et se poursuit pendant et après l'incarcération. Il concerne tous les domaines de la vie de la personne mineure y compris celui de l'accès aux soins. Cette continuité des interventions nécessite une coordination et une articulation entre les différents intervenants des divers lieux où peut se trouver un mineur notamment lors d'une hospitalisation.

Les éducateurs de la PJJ constituent les personnes ressources auprès desquelles l'équipe médicale peut trouver des appuis en termes :

- d'adhésion des personnes mineures à leur prise en charge sanitaire ;
- de relais avec leurs familles et les détenteurs de l'autorité parentale ;
- de connaissance de leurs parcours antérieurs notamment thérapeutiques (mise en relation avec les équipes) ;
- de connaissance du comportement de l'adolescent.

c. Rôle de la PJJ dans la prise en charge sanitaire du mineur détenu

Les professionnels de la PJJ assurent en tant que de besoin, en complémentarité avec l'administration pénitentiaire, dans le respect du secret médical, le relais entre les professionnels médicaux et :

La personne mineure dans le cadre :

- de la démarche d'accompagnement relative à l'accès aux soins dont la couverture sociale et aux actions de prévention et d'éducation à la santé (fiche « *Éducation et promotion de la santé* », Partie 2 ; Cahier IV) ;
- du recueil d'informations utiles à la mise en œuvre ou au suivi d'une démarche de santé (fiche « *Prévention, repérage et prise en charge du suicide* », Partie 2 ; Cahier IV) ;
- du soutien de la personne mineure dans la désignation d'une personne majeure l'accompagnant dans sa démarche de santé lorsque celui-ci mobilise son droit au secret (fiche « *Droits des patients détenus* », Partie 2 ; Cahier I).

⁴ Extrait du *Guide des dispositions en santé à la PJJ*, 2008.

⁵ *Ibid.*

Les détenteurs de l'autorité parentale dans le cadre :

- du transfert d'informations hors secret médical aux parents dans des conditions qui respectent la sécurité des établissements pénitentiaires notamment en cas de transfert du mineur vers un établissement hospitalier ;
- du recueil d'éléments concourant à la bonne prise en charge de la santé de la personne mineure (couverture sociale, RIS, PAI, carnet de santé) ;
- le cas échéant, du suivi médical (rappel des RDV) ;
- de la préparation à la sortie.

Les professionnels de la PJJ extérieurs à l'établissement pénitentiaire (professionnels éducatifs, infirmiers, psychologues...) dans le cadre :

- de la transmission du RIS et du PAI avec accord de la personne mineure et des détenteurs de l'autorité parentale (Cf. fiches « *Maladies transmissibles* » et « *Maladies non transmissibles* », Partie 2 ; Cahier IV) relatif à une mesure antérieure à la détention ;
- de la préparation de la sortie de la personne mineure en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale ;
- le cas échéant, du suivi médical à prévoir.

Dans le cadre de leur mission, les professionnels de la PJJ contribuent aux actions d'éducation à la santé en tant que membres du Copil animé par l'USCA (Cf. fiche « *Éducation et promotion de la santé* » Partie 2 ; Cahier IV).

Enfin, lorsqu'un mineur qui a atteint l'âge de 18 ans est affecté dans un quartier adulte afin de poursuivre sa peine en détention, les professionnels de la PJJ assurent une transition avec les services pénitentiaires (surveillants et CIP). À ce titre, ils peuvent être conviés à la CPU afin d'assurer ce relais.

B. INFIRMIERS DE LA PJJ

Positionnés en direction territoriale (c'est-à-dire sur un ou plusieurs départements), les infirmiers de la PJJ ont un rôle de conseiller technique auprès du directeur territorial pour l'organisation de la prise en charge de la santé des personnes mineures sous protection judiciaire sur leur territoire.

Ils accompagnent les professionnels éducatifs sur les questions relatives à la santé au sein des services et établissements. Celles-ci font notamment référence au recueil des besoins en santé, à la mise en place d'un réseau de partenaires intervenant dans le champ sanitaire, à l'accès aux soins, à l'organisation de la distribution des médicaments, à la mise en place d'un bilan de santé, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, etc.

Ils peuvent également intervenir auprès d'une personne mineure dont la situation médicale nécessite la mise en place d'une prise en charge particulière : mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI), rencontre avec les professionnels de santé et accompagnement dans sa démarche de soin.

Ils agissent toujours en coordination avec la personne mineure, les professionnels PJJ en ayant la charge (responsables d'unité, éducateurs, psychologues, professeurs techniques...) et les détenteurs de l'autorité parentale.

Dans le cadre de la détention, ces professionnels de santé peuvent partager une information couverte par le secret médical et utile à la prise en charge sanitaire du jeune avec les personnels médicaux de l'unité sanitaire, dès lors que la personne mineure et les détenteurs de l'autorité parentale ont donné leur accord.

Dans le respect du secret médical, ils peuvent être relais auprès des professionnels PJJ dans la transmission d'informations en santé utiles à la prise en charge éducative.

Les infirmiers de la PJJ peuvent également être associés à la mise en place d'actions de prévention ou de toute démarche de santé impliquant une coordination entre les différents acteurs de la détention.

C. PSYCHOLOGUES DE LA PJJ

Intervenant au sein des services et établissements de la PJJ, les psychologues veillent à garantir la prise en compte de la vie psychique afin de promouvoir l'autonomie. Ils contribuent à l'action des éducateurs visant à l'élaboration du projet pédagogique de la personne mineure, ainsi qu'à sa mise en œuvre. Ils apportent une aide à la décision au magistrat.

Ils peuvent organiser une prise en charge thérapeutique en ayant recours aux dispositifs de droit commun et si besoin, assurent, dans ce contexte, le lien entre l'équipe éducative, les détenteurs de l'autorité parentale et les professionnels du champ de la santé mentale.

Dans le cadre de la détention, ils peuvent être sollicités par les professionnels médicaux de l'unité sanitaire, sur la connaissance spécifique des personnes mineures qu'ils ont accompagnées.

D. RÉUNION HEBDOMADAIRE DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

L'article. D. 514 du Code de procédure pénale prévoit qu'« *au sein de chaque établissement pénitentiaire recevant des mineurs, une équipe pluridisciplinaire réunit des représentants des différents services intervenant auprès des mineurs incarcérés afin d'assurer leur collaboration ainsi que le suivi individuel de chaque mineur détenu...* » (Cf. fiche « *Instances de contrôle, d'évaluation et de coordination* », Partie 1). La circulaire DGS/DGOS/DAP/DPJJ relative au partage d'informations entre tous les acteurs intervenants auprès des personnes mineures pose le cadre des échanges qui peuvent se faire notamment au sein de cette instance (Cf. fiche « *Partage d'informations* », Partie 2 ; Cahier I).

IV. PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES

A. MINORITÉ

Le soin à l'adolescence nécessite de tenir compte de l'état de minorité du sujet et de proposer une démarche adaptée à la faculté de compréhension, d'adhésion et d'adaptation de la personne mineure liée notamment à son degré de maturité. L'écoute du jeune patient y tient une place importante. Cette démarche 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 quand à la sémiologie et aux réponses thérapeutiques. Ainsi, en milieu pénitentiaire, le recours à des spécialistes formés tels notamment, les pédiatres et les pédo-psychiatres, doit être possible.

De même, en cas d'hospitalisation, le recours à des lieux ou des conditions d'hospitalisation permettant aux adolescents d'être auprès d'autres adolescents et séparés d'adultes⁶ et de bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur âge, doit également être possible notamment concernant la prise en charge hospitalière psychiatrique. En services de médecine, chirurgie et obstétrique, les mineurs de plus de 15 ans et trois mois sont pris en charge dans des services adultes.

L'accompagnement éducatif et la scolarité se poursuivent durant l'hospitalisation.

⁶ Charte européenne des enfants hospitalisés, Parlement européen, JO des communautés européennes, N°C148/37, mardi 13 mai 1986.

B. FAIRE NÂÎTRE LA DEMANDE DE SOINS

Pour permettre à l'adolescent de faire émerger la demande de soins et l'adhésion aux soins, il est utile de recourir à des sollicitations adaptées. Entre autres, les groupes thérapeutiques ou ateliers prévention santé de type « *bas seuils* » pourront être développés dans l'objectif de créer du lien avec le patient mineur.

Le cas échéant, le personnel éducatif de la PJJ pourra inciter et accompagner le mineur à rencontrer les professionnels de santé lorsque celui-ci semble nécessiter des soins pour lesquels il n'a pas fait une demande spontanément. Dans ces cas il convient que le mineur soit informé par les éducateurs des démarches entreprises et des informations relayées auprès des professionnels de santé.

CONSENTEMENT DE LA PERSONNE DÉTENUE

Lorsque la personne est mineure, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement (L. 1111-5 du CSP).

La personne mineure peut néanmoins demander le secret sur son état de santé (articles 371-2 du Code civil et L. 1111-5 du Code de la santé publique) (Cf. fiche « *Droits des patients détenus* », Partie 2 ; Cahier I).

Spécificités d'intervention

La prise en charge de la santé des personnes mineures doit faire l'objet d'une vigilance exercée par tous les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire. La détention est en effet un bouleversement dans la vie de ces jeunes qui peut avoir des répercussions sur leur santé. Mais c'est aussi une opportunité pour eux de s'y intéresser. L'ensemble des thématiques de santé relatives aux personnes mineures est traité dans le cadre des chapitres du guide méthodologique suivants :

Partie 2 - Cahier I : Éthique, droit et contrôle

C. Droit applicable aux personnes détenues

II- Transgenre

Partie 3 - Cahier IV : Prises en charge spécifiques et prévention

III- Maladies non infectieuses

IV- Maladies infectieuses

V- Addiction

VI- Suicide

VII- Handicap

VIII- Grossesse et enfant/IVG

IX- Auteurs d'infractions à caractère sexuel

X- Éducation thérapeutique

XI- Éducation et promotion de la santé

Néanmoins, il apparaît utile d'apporter des précisions sur certaines d'entre elles.

L'examen médical à l'accueil

L'examen médical d'accueil (*Cf. fiche « Consultations médicales », Partie 2 ; Cahier I*) permet de faire le bilan de l'état de santé de la personne mineure et des besoins spécifiques notamment en termes de souffrance psychique, consommations de produits psychoactifs, troubles somatiques, suivi gynécologique pour les mineures...

Une proposition de dépistage des infections sexuellement transmissibles doit être effectuée et renouvelée en tant que de besoin au cours de l'incarcération. L'accord parental n'est pas nécessaire pour effectuer ces dépistages (*Cf. fiche « Maladies transmissibles », Partie 2 ; Cahier IV*).

En cas de refus de l'examen médical d'entrée par le mineur, il est nécessaire de proposer à nouveau cette consultation.

Cet examen s'inscrit dans le parcours en santé de la personne mineure et, à ce titre, intègre les données antérieures. Celles-ci comprennent notamment les éléments contenus dans le RIS et éventuellement un PAI, lorsque, précédemment à son incarcération, la personne mineure était suivie par la PJJ. Ces éléments peuvent être transmis par les professionnels de la PJJ aux professionnels sanitaires sur autorisation de la personne mineure et des détenteurs de l'autorité parentale.

Enfin il constitue une opportunité pour délivrer un certificat de non contre-indication à la pratique sportive et aux activités d'insertion proposées par l'établissement pénitentiaire d'accueil (*Cf. fiche « Documents médicaux », Partie 2 ; Cahier I*).

La vaccination

L'âge de 13 ans est, en France, l'âge minimum auquel un mineur peut être incarcéré. Cet âge coïncidant avec le planning des vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite)⁷, il est mentionné dans le guide la possibilité de poursuivre les rappels de vaccination sur accord des détenteurs de l'autorité parentale et du jeune.

De même, d'autres vaccinations recommandées peuvent être poursuivies (ROR) ou proposées (hépatite B, méningite C, HPV) (*Cf. fiche « Maladies transmissibles », Partie 2 ; Cahier IV*).

La grossesse et la maternité

Toute personne mineure est en droit de décider de mener une grossesse à terme avec ou sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale. Dans ce dernier cas, elle se fait accompagner dans sa démarche par une personne adulte de son choix (*Cf. fiche « Droits des patients », Partie 2 ; Cahier I*).

Dans le cadre du suivi de la grossesse (*Cf. fiche « Prise en charge des femmes enceintes et des enfants », Partie 2 ; Cahier IV*), une attention particulière est à porter aux mineures enceintes. En effet, dans la classification des niveaux de risque des grossesses⁸, les recommandations de la Haute autorité de santé positionnent le fait d'être primipare mineure (âge inférieur à 18 ans) comme facteur de risque (niveau A1) nécessitant l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste afin d'adapter le suivi de la grossesse. Cette recommandation est d'autant plus importante que les mineures détenues accumulent très souvent d'autres facteurs de risque.

Aussi l'entretien prénatal précoce, réalisé le plus tôt possible au cours de la grossesse, permet de repérer certaines situations de vulnérabilité qui peuvent relever d'une orientation spécialisée (contexte psychologique, consommation de tabac...) et de déterminer le niveau de risque de la grossesse.

La prise en charge des mineures enceintes doit être globale et s'attacher aux volets médical, obstétrical, d'hygiène de vie et psychosocial. De ce fait, cela requiert une équipe formée à l'accueil d'adolescentes et de prévoir une fréquence de visites supérieure à celle recommandée⁹ dans le cadre d'une grossesse « à bas risque » (déroulement « normal » de grossesse)¹⁰.

Lorsque le bébé naît, c'est la jeune mère mineure qui a autorité parentale sur son enfant.

Aussi, de la même façon qu'une attention particulière est portée à la grossesse, l'accompagnement des jeunes mères (soins maternels et soins du nouveau-né...) doit être renforcé¹¹. Une coordination entre les professionnels de la PJJ et le conseil général/PMI sera organisée pour aider la jeune maman à prendre en charge son nourrisson (*Cf. fiche « Prise en charge des femmes enceintes et des enfants », Partie 2 ; Cahier IV*).

L'IVG

Toute personne mineure est en droit de décider de recourir à une IVG avec ou sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale (*Cf. fiche « Droits des patients » Partie 2 ; Cahier I*).

La prise en charge se différencie par le caractère obligatoire de certains entretiens (*Cf. fiche « Prise en charge des femmes enceintes et des enfants », Partie 2 ; Cahier IV*).

À noter qu'en matière de choix de méthode d'IVG pour les mineures, le rapport Igas¹² d'octobre 2009 préconise de mesurer certains risques de traumatisme psychologique liés à la méthode médicamenteuse, notamment « la visualisation des structures embryo-fœtales ».

Les médicaments

Une attention particulière doit être portée par l'ensemble des professionnels aux mineurs autorisés à conserver leur traitement médicamenteux en cellule, hors temps médical notamment au regard de leur fragilité psychique (*Cf. fiche « Pharmacie à usage intérieur », Partie 2 ; Cahier I*).

La prévention du suicide

Dans le cadre de la prévention du risque suicidaire des mineurs détenus (*Cf. fiche « Prévention du suicide », Partie 2 ; Cahier IV*) une attention particulière est portée au recueil d'informations utiles à l'évaluation du risque dès l'accueil du mineur.

Les professionnels de la PJJ contribuent à ce recueil en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale et les services PJJ, voire ASE, l'ayant accueilli avant sa détention. Comme tous les acteurs intervenant auprès du mineur détenu, ils exercent une vigilance, participent au repérage et au signalement des signes pouvant présager un passage à l'acte ainsi qu'à la surveillance induite par la prise en charge des mineurs en crise suicidaire. Ils proposent aux mineurs des activités éducatives afin de limiter les temps de désœuvrement.

⁹ P. Alvin et D. Marcelli, *Médecine de l'adolescent*, collection Pour le praticien, Éditions Masson, 2^e édition, 2005, pages 362-363.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

¹² C. Aubin et D. Jourdain-Ménninger, « Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », rapport Igas, octobre 2009, p. 26-28.

⁷ Art. L. 3111-2 et 3 et R. 3111-2 du CSP.

⁸ Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, HAS, mai 2007.

#4

ANNEXES

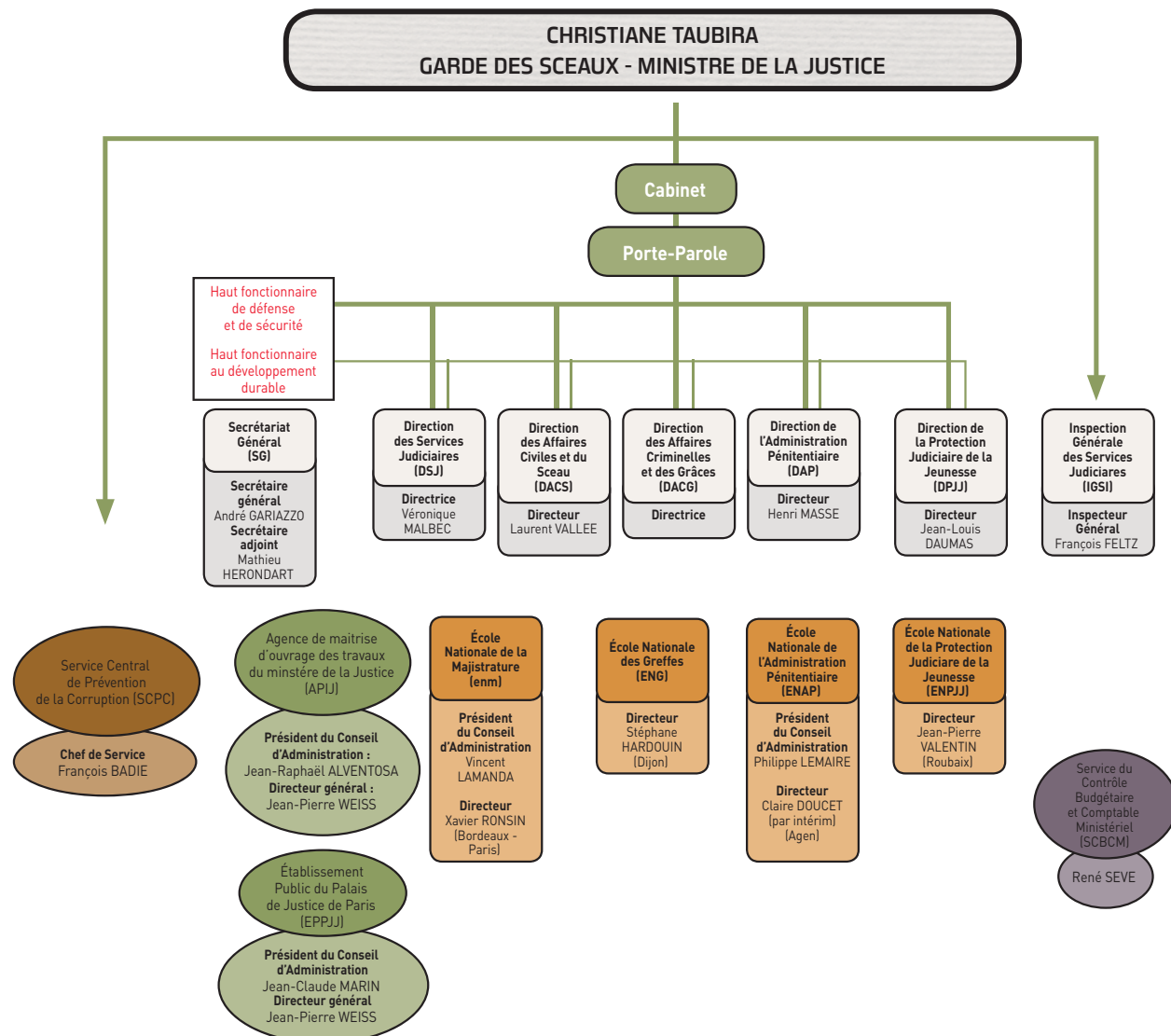
- Annexes de la partie I
- Annexes de la partie II
- Annexes générales

ANNEXES DE LA PARTIE I

P. 259 > 272

ANNEXE A

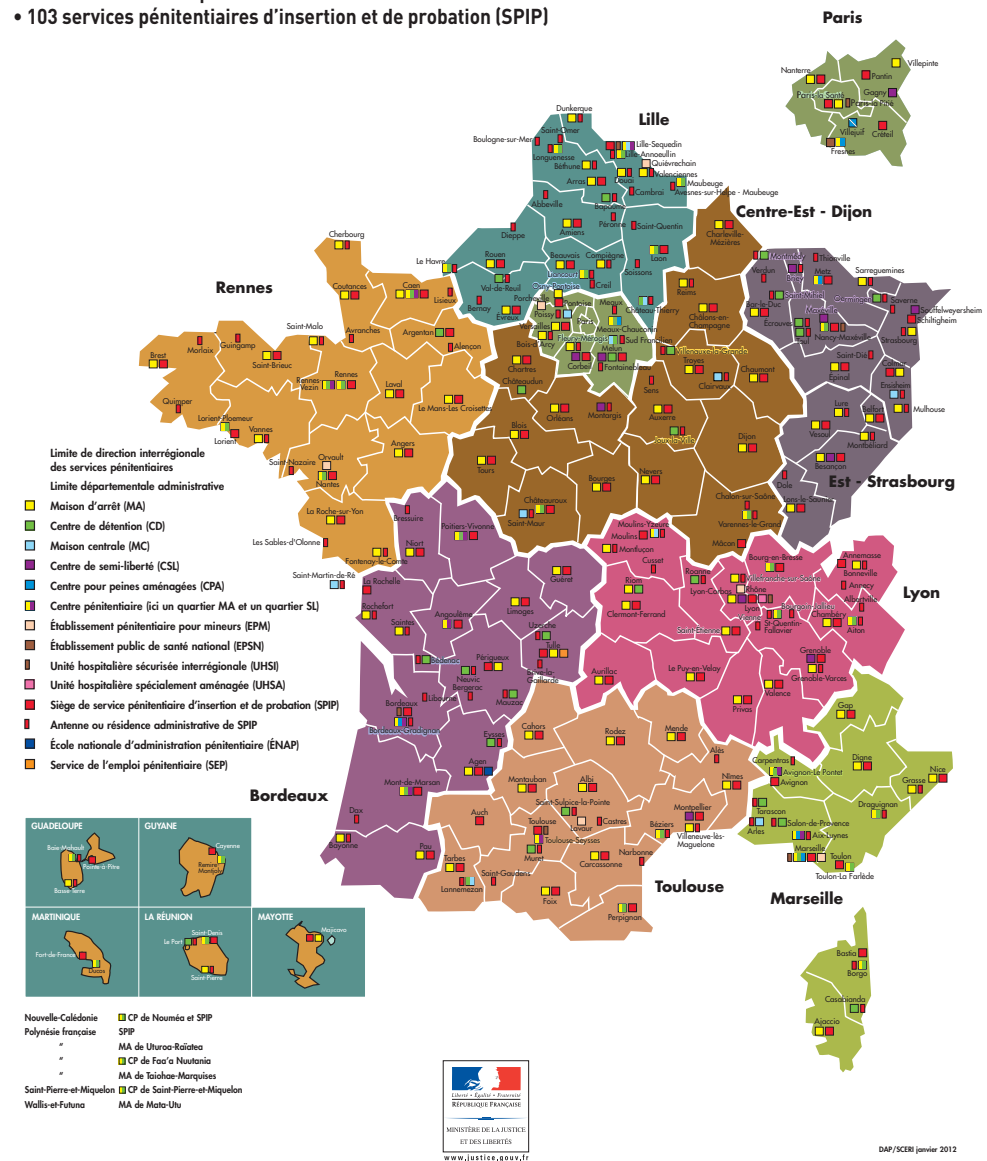
ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE



ANNEXE B

L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

- Une administration centrale et des services déconcentrés (9 directions interrégionales et une mission outre-mer)
- 191 établissements pénitentiaires
- 103 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)



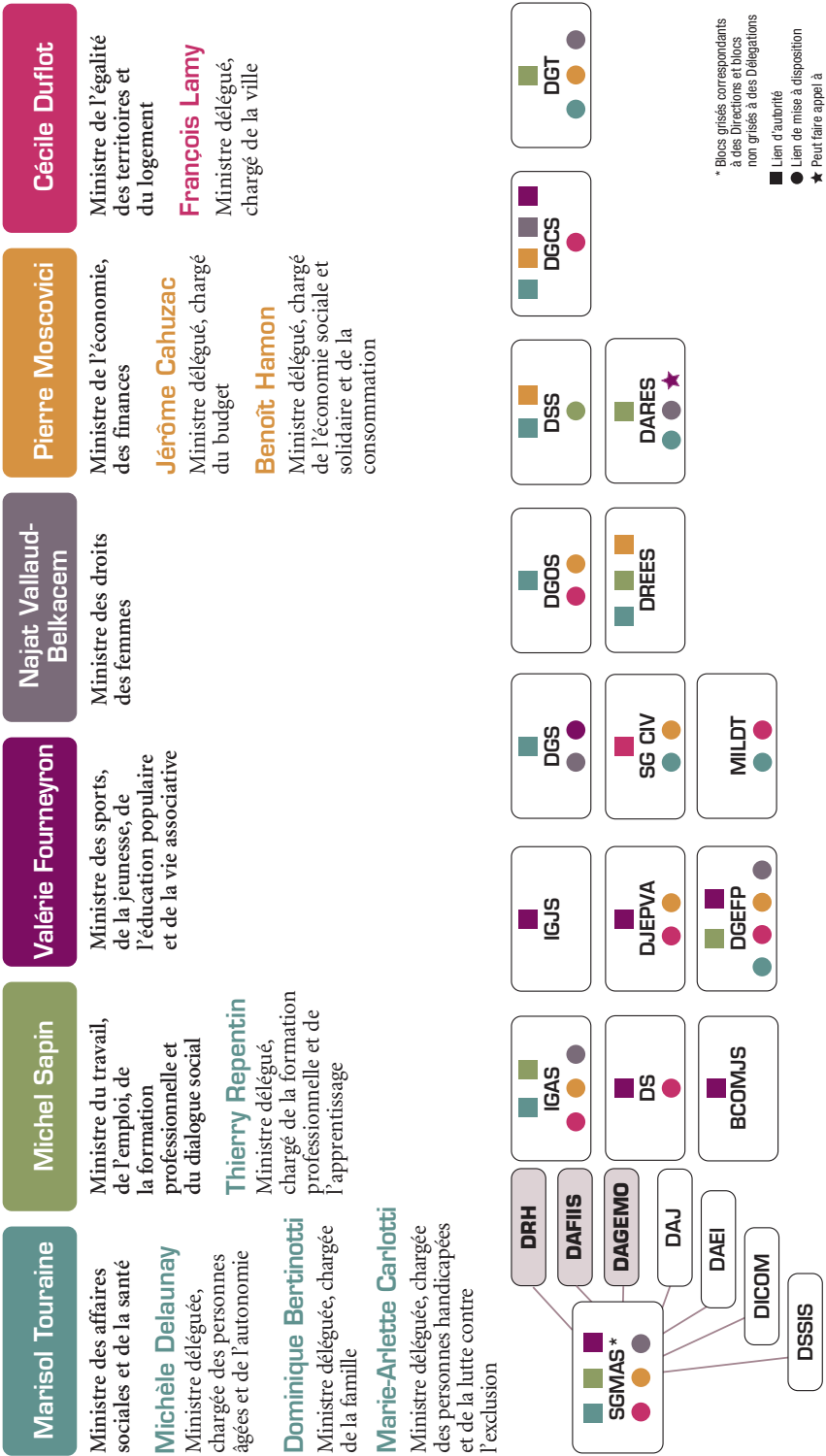
ANNEXE C

ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE EN CHARGE DE LA SANTÉ

SIGNIFICATION DES SIGLES UTILISÉS DANS LE SCHÉMA

BCOMJS : Bureau de la communication jeunesse et sports	DJEPVA : Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative
DAEI : Délégation aux affaires européennes et internationales	DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DAFIIS : Direction des affaires financières, informatiques, immobilières et des services	DRH : Direction des ressources humaines
DAGEMO : Direction de l'administration générale et de la modernisation des services	DS : Direction des sports
DAJ : Délégation aux affaires juridiques	DSS : Direction de la sécurité sociale
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques	DSSIS : Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale	IGAS : Inspection générale des affaires sociales
DGS : Direction générale de la santé	IGJS : Inspection générale de la jeunesse et des sports
DGEFP : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle	MILDT : Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie
DGT : Direction générale du travail	SG MAS : Secrétariat général des ministères des affaires sociales
DGOS : Direction générale de l'offre de soins	SG CIV : Secrétariat général du comité interministériel des villes
DICOM : Délégation à l'information et à la communication	

LIENS D'AUTORITÉ ET DE MISE À DISPOSITION PAR MINISTRE



ANNEXE D

INSTANCES DE CONTRÔLE ADMINISTRATIVES

INSTANCES	RÉFÉRENCES	AUTORITÉS DE RATTACHEMENT	MISSIONS	SAISINE	NATURE DU RAPPORT
NIVEAU			NATIONAL		
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	Décret n° 67-390 portant création de l'Inspection générale des affaires sociales du 11 mai 1967 - loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire	L'Igas est rattachée aux ministres en charge des Affaires sociales.	Mission de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques de la sécurité sociale et de la prévoyance sociale, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.	Pour deux-tiers de ses missions, l'Igas intervient à la demande des ministres en charge de la sécurité sociale, des relations sociales, de la santé, de l'action sociale, de la famille, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Elle peut également recevoir des missions du Premier ministre ou du Président de la République. Un tiers des missions sont inscrites par l'IGAS à son programme de travail approuvé par les ministres.	Rapport proposant une analyse de la situation, la formulation d'un diagnostic, des préconisations d'actions à mener.
Inspection générale des services judiciaires (IGSJ)	Ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au statut de la magistrature - décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 - décret n° 65-2 du 5 janvier 1965 modifié - décret n° 1993-21 du 7 janvier 1993 modifié - décret n° 2010-1668 du 29 décembre 2010	L'IGSJ est placée sous l'autorité du garde des Sceaux, ministre de la Justice.	Mission permanente d'inspection des juridictions de l'ordre judiciaire, la Cour de cassation exceptée, et de l'ensemble des services et des organismes relevant du ministère.	Parallèlement à sa mission permanente d'inspection, l'IGSJ est chargée par le garde des Sceaux d'enquêtes administratives à caractère pré-disciplinaire, portant sur le comportement professionnel ou personnel de magistrats ou fonctionnaires auxquels est reproché un manquement à la déontologie. Le garde des Sceaux peut également lui confier des missions thématiques - évaluer une activité déterminée, préparer une réforme, en mesurer l'impact - ou des missions ponctuelles.	Rapport proposant des préconisations d'actions à mener et des recommandations.
Inspection des services pénitentiaires (ISP)	Arrêté du 29 décembre 2010 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2008 fixant l'organisation en sous-directions de la direction de l'administration pénitentiaire	L'ISP est placée sous l'autorité d'un inspecteur général adjoint des services judiciaires désigné à cet effet par arrêté du garde des Sceaux, ministre de la Justice.	Mission de contrôle des services de l'administration pénitentiaire et l'École nationale d'administration pénitentiaire.	Son programme annuel d'actions est élaboré conjointement par le directeur de l'administration pénitentiaire et l'inspecteur général des services judiciaires, qui veille notamment à en assurer la cohérence avec le programme d'inspection de l'inspection générale. Il est soumis à l'approbation du garde des Sceaux. L'ISP assure également une mission de conseil technique auprès du directeur de l'administration pénitentiaire. Dans ce cadre, elle effectue les missions et études qu'il lui confie. L'ISP peut être requise par le garde des Sceaux, ministre de la Justice, ou par l'IGSJ pour assister ce dernier dans l'exécution de ses missions.	Rapport présentant des avis et des propositions.
Inspection des services de la protection judiciaire et de la jeunesse (ISPJJ)	Arrêté du 29 décembre 2010 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2008 fixant l'organisation en sous-directions de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse	L'ISPJJ est placée sous l'autorité d'un inspecteur général adjoint des services judiciaires désigné à cet effet par arrêté du garde des Sceaux, ministre de la Justice.	Mission de contrôle des structures, quel qu'en soit le statut, relevant de la protection judiciaire de la jeunesse, en matière administrative, pédagogique et financière.	Son programme annuel d'actions est élaboré conjointement par le directeur de la protection judiciaire de la jeunesse et l'inspecteur général des services judiciaires, qui veille notamment à en assurer la cohérence avec le programme d'inspection de l'inspection générale. Il est soumis à l'approbation du garde des Sceaux. L'ISPJJ peut être requise par le garde des Sceaux, ministre de la Justice, ou par l'inspecteur général des services judiciaires pour assister ce dernier dans l'exécution de ses missions.	Rapport présentant des avis et des propositions.
NIVEAU			RÉGIONAL		
Inspections et contrôles par les agences régionales de santé (ARS)	art. L. 1435-7 du Code de la santé publique	Les inspecteurs et contrôleurs des agences régionales de santé sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé qui précise la nature des missions susceptibles de leur être confiées.	Les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires contrôlent, dans le cadre de leurs compétences respectives, l'application des dispositions du Code de la santé publique et, sauf dispositions spéciales contraires, des autres dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé publique.	L'organisation de l'ARS est laissée à l'appréciation des DG d'ARS. Les missions d'inspection, d'évaluation et de contrôle interviennent, sauf situation d'urgence liée à un événement particulier, dans le cadre de la programmation annuelle, pour tout le champ de compétence de l'ARS.	Rapport présentant des avis et des propositions.



ANNEXE E

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES

INSTANCES	RÉFÉRENCES	MISSIONS	SAISINE	NATURE DU RAPPORT
NIVEAU INTERNATIONAL				
Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)	Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, 1989.	Mission de prévention de la torture et des autres traitements inhumains ou dégradants dans des lieux où des individus sont retenus contre leur gré par la force publique. Le CPT n'est pas une commission d'enquête, mais un mécanisme non judiciaire, à caractère préventif, pour protéger les personnes privées de liberté contre la torture et toute autre forme de mauvais traitement.	Le CPT se saisit de sa propre initiative. Ses délégations effectuent des visites périodiques (généralement tous les quatre ans), mais peuvent également faire des visites « <i>ad hoc</i> » lorsque cela s'avère nécessaire.	Rapport détaillé à l'Etat concerné contenant des constatations, des recommandations, des commentaires et demandes d'information.
NIVEAU NATIONAL				
Loi n° 2007- 1545 du 30 octobre 2007	S'assurer que les droits fondamentaux des personnes privées de liberté sont respectés et contrôler les conditions de leur prise en charge.	Le contrôleur général peut être saisi directement par : - toutes personnes physiques : les personnes privées de liberté elles-mêmes, leurs parents, leur famille, leur avocat, un témoin, les personnels et toutes personnes intervenant dans ces établissements ; - les associations, ou toutes autres personnes morales ayant pour objet le respect des droits fondamentaux ; - le Gouvernement, les parlementaires (députés et sénateurs) ainsi que d'autres autorités administratives indépendantes. Le contrôleur général peut également se saisir de sa propre initiative.	Rapport de visite adressé au(x) ministre(s) avec des recommandations. Le CGLPL propose au gouvernement toute modification des dispositions législatives et réglementaires applicables.	Rapport de visite adressé au(x) ministre(s) avec des recommandations. Le CGLPL propose au gouvernement toute modification des dispositions législatives et réglementaires applicables.
Défenseur des droits	Loi constitutionnelle du 23 juillet 2008 (cf. art. 71-1 de la Constitution). La loi ordinaire n° 2011-334 du 29 mars 2011 complétant la loi organique n°2011-333 du 29 mars 2011 a notamment pour objet de définir les sanctions applicables en cas de non-respect des pouvoirs d'investigation du Défenseur des droits.	Les attributions du Défenseur des droits reprennent celles du Médiateur de la République, du Défenseur des enfants, celles de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS) ainsi que de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) : veiller au respect des droits et des libertés par les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics, ainsi que par tout organisme investi d'une mission de service public, ou à l'égard duquel la loi organique lui attribue des compétences.	Le Défenseur des droits peut être saisi par toute personne s'estimant lésée par le fonctionnement d'une administration ou d'un service public . Il peut également s'intéresser aux agissements des personnes privées en matière de protection de l'enfance et de déontologie de la sécurité Il peut être saisi de toutes les discriminations, directes ou indirectes, prohibées par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France.	Le Défenseur des droits dispose de « <i>larges pouvoirs d'investigation</i> », il peut être entendu par toute juridiction, saisir le Conseil d'Etat d'une demande d'avis sur des textes pour trancher entre des interprétations divergentes, proposer une transaction et, si ses recommandations restent sans effet, prononcer une injonction.



ANNEXE F

INSTANCES D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION

COMMISSION	RÉFÉRENCES	MISSIONS	MEMBRES	NATURE DE LA DÉCISION
NIVEAU NATIONAL				
Le comité interministériel	Décret n° 98-1099 du 08/11/2011 art. D. 348-2 du CPP	Chargé d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection de la santé des personnes détenues. Veille à la mise en œuvre des orientations fixées dans le domaine de la prévention. Assure la concertation, à l'échelon national, entre les services des ministères compétents.	Présidé conjointement par le garde des Sceaux, ministre de la Justice, et par le ministre chargé de la Santé. Il est composé des administrations des deux ministères ainsi que des représentants des instances locales décisionnelles et de fonctionnement. Création pour 5 ans renouvelables. Se réunit au moins une fois par an.	Le comité rend des avis.
NIVEAU RÉGIONAL				
La commission régionale santé-justice	Instruction aux ARS validée par le CNP le 23 dec 2010 Note DAP 9 janvier 2009	La commission régionale santé - justice est chargée d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection sociale, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes majeures et mineures placées sous main de justice, tous sujets se rapportant aux prises en charge sanitaires en amont et en aval de l'incarcération en lien avec les procédures judiciaires, toute question d'ordre général se rapportant à la protection et à l'amélioration de la santé des mineurs sous protection judiciaire. Elle veille à la mise en œuvre des orientations fixées par le comité interministériel ou le niveau national dans les domaines de la prise en charge sanitaire et sociale de ces personnes. Elle s'assure de la coordination et de la bonne information des services et des partenaires compétents. Elle se réunit au moins une fois par an.	Sont membres de droit : le directeur général de l'agence régionale de santé, président de cette commission, le préfet de région, le premier président de la cour d'appel, les procureurs généraux, le directeur interrégional des services pénitentiaires de l'interrégion de rattachement, le directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse. Selon l'ordre du jour peuvent être associée toute personne ou toute structure qualifiée par sa compétence ou en raison de ses fonctions.	
NIVEAU LOCAL				
Le conseil d'évaluation	- Institué par une ordonnance royale de 1819 - Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 art. 5 - Décret n° 2010-1635 du 23 dec 2010 - art. D. 234 à D.238 du CPP - Circulaire DAP 11400027C du 23 janvier 2012 relative au conseil d'évaluation	Le conseil d'évaluation remplace la commission de surveillance depuis le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010. Institué auprès de chaque établissement pénitentiaire, il est chargé d'évaluer les conditions de fonctionnement de l'établissement et de proposer, le cas échéant, toutes mesures de nature à les améliorer. Il appartient à ce conseil de communiquer au ministre de la Justice les observations, critiques ou suggestions qu'il croit devoir formuler.	Sa composition comprend notamment un représentant de l'agence régionale de santé. Il est présidé par le préfet du département dans lequel est situé l'établissement pénitentiaire.	Le conseil ne peut pas faire acte d'autorité, il ne dispose d'aucun pouvoir d'autorité. Il peut transmettre ses observations, critiques ou suggestions au ministre de la Justice.
Le comité de coordination	Circulaire n° 45 du 8 décembre 1994 art. R. 6112-20 10° du CSP	Organe de concertation entre le ou les établissements de santé concernés et l'établissement pénitentiaire.	Composition précisée dans un protocole signé entre le directeur de l'ARS, les directeurs des établissements de santé et le directeur de l'établissement pénitentiaire concerné. Convoqué au moins une fois par an mais se réunit autant que besoin.	Remet un rapport annuel d'activité (sans pouvoir de contrainte).



ANNEXE F

SUITE

COMMISSION	RÉFÉRENCES	MISSIONS	MEMBRES	NATURE DE LA DÉCISION
La commission santé	Circulaire du 10 janvier 2005	Une commission santé est mise en place dans chaque établissement pénitentiaire à l'initiative du médecin coordinateur en lien avec le directeur de l'établissement pénitentiaire. Elle élabore les procédures et les outils formalisés visant à la coordination et à l'information réciproque des équipes et des services précités. Elle n'a pas compétence pour traiter des cas individuels, en revanche son activité doit permettre l'information des différents professionnels sur leurs compétences et leurs limites d'intervention. Elle doit favoriser la mobilisation des services sur la prévention du suicide.	Elle est composée de représentants des équipes hospitalières tant somatiques que psychiatriques et des services pénitentiaires. Dans les établissements accueillant des mineurs, la commission santé associe également les services éducatifs de la PJJ et également de l'Éducation nationale.	
La commission pluridisciplinaire unique (CPU)	Circulaire DAP du 14 janvier 2009 Décret n° 2010-1635 du 23 dec 2010 art. D. 90 et 91 du CPP Circulaire santé-justice du 21 juin 2012	La commission pluridisciplinaire unique se réunit au moins une fois par mois pour examiner les parcours d'exécution de la peine, et plus généralement toute question à caractère pluridisciplinaire. La CPU est instituée auprès du chef de chaque établissement pénitentiaire, pour une durée de cinq ans.	Elle est présidée par le chef d'établissement ou son représentant et comprend en outre le directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation, un responsable du secteur de détention de la personne détenue dont la situation est examinée, un représentant du service du travail, un représentant du service de la formation professionnelle, un représentant du service d'enseignement. Assistent également, avec voix consultative, aux réunions de la commission, sur convocation du chef d'établissement établie en fonction de l'ordre du jour : le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, un membre du service éducatif de la protection judiciaire de la jeunesse, un représentant des équipes soignantes de l'unité de consultations et de soins ambulatoires ou du service médico-psychologique régional désigné par l'établissement de santé de rattachement.	Rend des avis.
La réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire	art. D. 514 du Code de procédure pénal (décret 2007-749 du 9 mai 2007)	Dans les établissements pénitentiaires recevant des mineurs, cette instance assure la collaboration des représentants des différents services réunis au sein d'une équipe pluridisciplinaire ainsi que le suivi individuel de chaque mineur détenu.	L'équipe pluridisciplinaire est présidée par le chef d'établissement ou son représentant. Elle comprend au moins, outre son président, un représentant du personnel de surveillance, un représentant du secteur public de la PJJ et un représentant de l'éducation nationale. Elle peut associer, en tant que de besoin, un représentant des services de santé, un représentant du SPIP ou tout autre intervenant dans la prise en charge des mineurs détenus. Cette équipe se réunit au moins une fois par semaine.	
Le suivi des UHSI	Arrêté du 24 août 2000	Commission de coordination locale. A pour objectif de traiter des problèmes qui auraient pu survenir soit lors de l'admission des patients détenus, soit pendant le séjour à l'UHSI, soit pendant les transports, soit à l'occasion de toutes autres situations. Elle doit également rapprocher les différents services afin de faire face aux difficultés imprévues.	Commission présidée par le directeur du CHU. Se réunit sur initiative du président au moins une fois par an.	
Le suivi des UHSA	Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011	Commission de coordination locale. A pour objectif d'examiner le fonctionnement de l'UHSA dans les interactions entre les services hospitaliers, les services pénitentiaires et les missions dévolues au préfet. Lieu privilégié d'échanges entre les différents services ce qui permettra d'anticiper et de mieux répondre aux difficultés éventuelles.	Commission présidée par le préfet du département concerné. Se réunit à l'initiative du président au moins une fois par an.	



ANNEXES DE LA PARTIE II

Droit applicable au personnel de santé

P. 273 > 282

ANNEXE G

PROCÉDURE D'ORIENTATION

1. L'intéressé(e) présente t-il (elle) un handicap nécessitant un aménagement en détention ?
OUI NON

Si oui lequel ?

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

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

Si oui lequel ?

- ☐ VSL
- ☐ Ambulance

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

Si oui lequel ?

- ☐ Autre oxygène
- ☐ Appareil à pression positive nocturne
- ☐ Autre

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

Si oui préciser

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

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

ANNEXE H

DOCUMENTS MÉDICAUX

	RÉFÉRENCES	NATURE DU DOCUMENT À PRODUIRE SELON CPP	IMPRIMÉS SPÉCIFIQUES	IMPRIMÉS JUSTICE	COMMENTAIRES
DOCUMENTS (CERTIFICAT, ATTESTATION OU AVIS)			REMIS À LA DEMANDE DE LA PERSONNE DÉTENUE		
Accident du travail	D. 382 du CPP, D. 412-45 du CSS, D. 412-63 du CSS, D. 412-46 du CSS	Certificat en double exemplaire (1 victime, 1 chef d'établissement) pour consolidation idem	Imprimé Cerfa		Voir annexe AT et MP en détention.
Maladie professionnelle	D. 382 du CPP, L. 461-5 du CSS, D. 412-71 du CSS	Certificat en triple exemplaire (1 victime, 1 CPAM, 1 inspecteur du travail)	Imprimé Cerfa		
Arrêt de travail	art. R. 57-8-1 du CPP	Attestation d'incapacité au travail pour raison médicale			La délivrance de certificats d'aptitude et d'incapacité liés à un poste de travail ne relève pas de la compétence du médecin de l'unité sanitaire.
Activité sportive	art. R. 57-8-1 du CPP	Attestation relative à la pratique d'une activité sportive		Pas de document spécifique	
Changement d'affectation ou modification ou aménagement du régime de détention	art. R. 57-8-1 du CPP	Avis		Pas de document spécifique	
Suivi des personnes pour lesquelles une injonction de soins a été prononcée	art. 717-1 du CPP modifié par la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012- art. 7 et 763-1 du CPP modifié par la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 - art. 10 Cf. Guide injonction de soins	Attestation			
Coups et blessures	art. 222-11,13,14 et 222-19,20 du Code pénal	Certificat			
DOCUMENTS MÉDICAUX (CERTIFICAT, ATTESTATION OU AVIS)			REMIS À LA DEMANDE DES AUTORITÉS PÉNITENTIAIRES (CPP)		
Dans le cadre de la procédure d'orientation	art. D. 74 et D. 382 du CPP	Avis		Dossier d'orientation	
Levée d'une mesure de contrainte	D. 283-3 du CPP	Avis			
Dans le cadre de la procédure de prolongation d'une mesure d'isolement au-delà de 6 mois	art. R. 57-7-64 et R. 57-7-73 du CPP	Avis		Dossier de procédure de prolongation	
DOCUMENTS MÉDICAUX (CERTIFICAT, ATTESTATION OU AVIS)			À L'INITIATIVE DU MÉDECIN SUITE À DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES QUI LUI SONT SIGNALÉES (CPP)		
Suspension d'une mesure de placement au quartier disciplinaire	art. R. 57-7-31 et R. 57-8-1 du CPP	Avis			Visite du médecin au moins 2 fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire.
Levée d'une mesure d'isolement	art. R. 57-7-63 et art. R. 57-8-1 du CPP	Avis			Visite du médecin au moins 2 fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire.
Contre-indication à une extraction judiciaire	art. D. 292 du CPP	Certificat			
Suspension de peine pour raisons médicales	art. 720-1-1 du CPP	Certificat			Uniquement pour les personnes condamnées et les pathologies somatiques.
Hospitalisation psychiatrique sans consentement	art. L. 3214-1 et suivants du CSP et D. 398 du CPP	Certificat			Le certificat doit être rédigé par un médecin intervenant dans l'unité sanitaire. Il ne peut être rédigé par un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.
Sérvices et mauvais traitements	art. R. 4127-10 du CSP	Signalement administratif			Le signalement au chef de l'EP doit se faire avec l'accord de la personne concernée.



ANNEXE I

IMPRIMÉ GRÈVE DE LA FAIM

DISP ----- Nom de l'établissement -----	COMPTE-RENDU DE GRÈVE DE LA FAIM ET/OU DE LA SOIF¹
--	---

IDENTITÉ DE LA PERSONNE DÉTENUE

Nom	Prénom
Date de naissance	Lieu de naissance
Numéro d'écrou	Numéro de cellule

¹ Fiche de signalement à communiquer à l'unité sanitaire lors de toute suspicion de grève de la faim ou de la soif.

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

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

☐ refuse de s'alimenter depuis le : _____

☐ refuse de boire depuis le : _____

Motif : _____

Remarques particulières : _____

Date : _____ Visa du chef d'établissement _____

Document transmis à l'unité sanitaire le : _____

CADRE RÉSERVÉ À L'UNITÉ SANITAIRE

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

Mesures particulières sollicitées auprès de l'administration pénitentiaire :

☐ hospitalisation ☐ surveillance spécifique

Date : _____ Visa du médecin

Document transmis à l'administration pénitentiaire le :

ANNEXE J

CONSULTATION DE SORTIE TYPE

Une visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération².

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

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

Organisation des consultations

L'organisation de ces consultations ne peut se faire sans une bonne coordination entre les professionnels de santé, de l'administration pénitentiaire et de la PJJ.

Il est recommandé que les modalités de cette coordination soient formalisées dans une procédure.

En effet, l'administration pénitentiaire doit informer l'unité sanitaire et les professionnels de la PJJ, de façon anticipée, des dates de libération.

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

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

Grands principes de cette consultation

Continuité des soins

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

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

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

Si la personne a bénéficié d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient, il est recommandé de

² art. 53 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

délivrer les informations et prendre les contacts nécessaires pour assurer les conditions de relais (équipe soignante, association de patients).

Si la personne relève d'une affection longue durée, le protocole ALD doit être établi et transmis (*Cf.* fiche *ad hoc* « *Protection sociale* »).

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

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

Il s'agit en particulier de l'accès aux droits et l'ouverture des droits des personnes détenues et de leurs ayants droit (*Cf.* les fiches *ad hoc*) ou le retour à la qualité d'ayant droit pour les mineurs pouvant en bénéficier :

- attestation de carte Vitale, CMUc, AAH, ACS, minima sociaux ;
- pour les personnes en situation irrégulière, la continuité suppose d'initier la demande d'AME et la procédure de titre de séjour pour soins le cas échéant avant la sortie.

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

Prévention

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

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

- pour les personnes non suivies régulièrement par le service de santé, un examen médical et un bilan de santé à la sortie ;
- une nouvelle proposition de dépistages pour les personnes n'en ayant pas bénéficié récemment (VIH, VHB, VHC, syphilis...);
- en fonction de l'âge, information et incitation à réaliser les dépistages du cancer colo-rectal, de la prostate et du sein ;
- pour les personnes présentant une conduite addictive, le projet de sortie avec les intervenants spécialisés (le CSAPA référent, le cas échéant) ;
- une mise à jour des vaccinations et la remise en main propre du carnet de vaccination ;
- une évaluation de l'état bucco-dentaire. Si des soins doivent être poursuivis, le patient peut être orienté vers les professionnels ou dispositifs les plus aptes à le prendre en charge³ ;
- une orientation vers des ressources associatives peut être proposée si besoin.

³ <http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org>

ANNEXES DE LA PARTIE II

Droit applicable au personnel
de santé et de justice

P. 283 > 292

ANNEXE K

PARTAGE D'INFORMATIONS

CONTENU DE L'INFORMATION	PARTAGE DE L'INFORMATION			DÉLAI DE TRANSMISSION		OBSERVATIONS
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
INFORMATIONS NÉCESSAIRES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR EFFECTUER LEURS MISSIONS						
Ces informations sont à transmettre le plus rapidement possible pour assurer au mieux la continuité des soins de certains patients						
À L'EXTÉRIEUR :						Toute personne doit avoir accès à l'ensemble des informations concernant sa santé connu par les professionnels de santé (art. L.1111-7 du CSP). Cela implique que le médecin connaisse l'identité d'une personne pour composer son dossier. Parallèlement, toute personne qui souhaite accéder à son dossier doit être identifiée par le médecin (art. R. 1111-1 du CSP). Le médecin doit donc connaître l'identité de la personne qu'il examine. Les consultations ne sont pas anonymes, sauf si la loi le permet (tests de dépistage du VIH dans le cadre d'un CDAG, consultations pour les personnes toxicomanes...). Enfin, pour répondre aux impératifs de sécurité liés aux mouvements des personnes détenues, la connaissance de leur identité est nécessaire.
Les éléments d'état civil	X			X		
L'adresse habituelle de résidence et des détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs	X			X		Pour le patient détenu mineur, cette information est essentielle pour la communication du service médical avec les détenteurs de l'autorité parentale.
Le numéro de Sécurité sociale s'il est connu ou le mode d'affiliation (CMU, ayant droit)	X			X		En application de l'art. D. 366 du Code de procédure pénale, les personnes détenues sont affiliées, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale. Une copie de l'attestation des justificatifs est à fournir.
Les événements survenus pendant la garde à vue (tentative de suicide...) ou le déferement, ou lors du parcours PJJ antérieur pour les mineurs (continuité de la prise en charge judiciaire)	X			X		Un examen médical de la personne gardée à vue est pratiqué systématiquement pour les mineurs ou en cas de prolongation d'une garde à vue en matière de criminalité organisée, ou, en application de l'article 63-3, à la demande de la personne gardée à vue, de sa famille ou du procureur de la République ou de l'OPJ. Le médecin peut être amené à établir un certificat par lequel il se prononce sur l'aptitude au maintien en garde à vue. Ce certificat est versé au dossier. Si une prise en charge médicale est nécessaire, afin d'assurer la continuité des soins, les dispositions de l'alinéa 3 de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique s'appliquent (secret partagé entre médecin sauf opposition de la personne). Le certificat est donc communicable si cela est nécessaire au médecin de l'établissement pénitentiaire dans le cadre de la continuité des soins. Une copie de la fiche de l'administration pénitentiaire qui fait état des observations lors de l'arrivée au quartier arrivant peut éventuellement être transmise. Sur accord des mineurs et des détenteurs de l'autorité parentale, les outils PJJ (Recueil d'information santé : RIS et Projet d'accueil individualisé : PAI) relatifs à une prise en charge de la santé antérieure à la détention, peuvent être transmis aux professionnels médicaux par les professionnels de la PJJ.
À L'INTÉRIEUR :						
Le statut pénal du patient détenu (condamné ou prévenu)			X		X	La connaissance du dossier pénal n'est généralement pas nécessaire pour les soins somatiques sauf dans certains cas pour préparer la sortie de l'établissement pénitentiaire. En ce qui concerne les mineurs, ce caractère non nécessaire doit être nuancé. Leur prise en charge résulte de modalités spécifiques du fait de la continuité de l'intervention judiciaire et des services de la protection judiciaire de la jeunesse avant l'incarcération, pendant et après, de la présence de locaux et personnels dédiés, du maintien de l'autorité parentale. Elle doit tenir compte également de leur immaturité et du développement de leur personnalité.
La durée prévisible d'incarcération (durée du mandat de dépôt, durée de la peine)			X		X	



ANNEXE K

SUITE

CONTENU DE L'INFORMATION	PARTAGE DE L'INFORMATION			DÉLAI DE TRANSMISSION		OBSERVATIONS
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
La cellule ainsi que les changements de position	X			X		La continuité des soins (médicaments, consultation) doit être assurée. Lorsque la personne détenue est placée au quartier disciplinaire (art. D. 381, b) du CPP) ou à l'isolement (art. D. 381, c) du CPP), elle doit recevoir la visite d'un médecin et bénéficier des soins (médicaments, consultations).
Les dates d'extraction et les mutations ou transferts d'un établissement à l'autre	X			X		Les médecins sont tenus, du fait de leurs obligations déontologiques, d'assurer la continuité des soins (art. R. 4127-47 du CSP). Pour leur permettre de remplir cette obligation, il convient de les informer des transferts ou extractions des personnes détenues. Dans la mesure du possible, cette information doit être la plus précoce afin de préparer la transmission et l'organisation des traitements médicaux ou prescriptions, l'envoi du dossier médical et la prise de contact avec l'UCSA d'arrivée si besoin.
Les modifications ou anomalies de comportement et d'habitudes en détention : repli sur soi, non sortie persistante en promenade, cessation inexpliquée d'activités, non alimentation	X			X		Les surveillants sont tenus de consigner les observations concernant leur mission, cette transmission ne pose pas d'obstacle a priori.
Les mauvaises nouvelles reçues ou prévisibles (de nature familiale, judiciaire...)	X			X		Ces informations sont nécessaires pour la prévention de la crise suicidaire.
LORS DE LA PRÉPARATION À LA SORTIE :						
La nature de la structure d'accueil (sanitaire, médico-sociale, d'hébergement) envisagée (sans énoncer le diagnostic)	X				X	Ces informations (coordonnées de la structure ou du référent de celle-ci) sont utiles pour organiser la continuité des soins.
La date de libération prévue ou prévisible	X			X		Cette transmission est indispensable pour l'organisation de soins, elle est prévue par les RPE. Elle est fondamentale pour la continuité des soins. Il convient d'être particulièrement vigilant lors d'aménagement hors débat contradictoire ou CAP.
Les soins pénalement obligés : injonction de soins	X				X	Si la personne fait l'objet d'une injonction de soins à la sortie, cette donnée est utile aux soignants : 1/ notion de la réalisation d'une expertise, indication d'une attention particulière 2/ utilité pour la préparation à la sortie
INFORMATIONS POUVANT ÊTRE COMMUNIQUÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUX						PROFESSIONNELS DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE
La réalisation des visites médicales réglementaires	X				X	Il s'agit d'une information importante pouvant remettre en cause un futur aménagement de peine et/ou permettant la proposition d'un travail sur les certificats d'aptitude au travail. Il faut distinguer différents types de visite médicale en fonction de leur caractère réglementaire ou non et de la nécessité d'un émargement pour certaines (voir chapitre « Consultations médicales »).
Les certificats médicaux, légaux et réglementaires à l'exclusion des certificats destinés aux patients et remis en main propre						L'article D. 382, alinéa 4 du CPP modifié par décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 - art. 90 JORF 9 décembre 1998 indique que le médecin informe le chef d'établissement des risques sur l'état de santé de la personne détenue. Les médecins intervenant dans les structures visées aux articles D. 368, D. 371 et D. 372 délivrent à la personne détenue, à sa demande ou sur celle des détenteurs de l'autorité parentale lorsque la personne détenue est mineure, des certificats ou attestations relatifs à son état de santé et, sous réserve de son accord exprès, à sa famille ou à son conseil. Ils lui fournissent les attestations ou documents indispensables pour bénéficier des avantages qui lui sont reconnus par la Sécurité sociale, et notamment de ceux prévus par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ils délivrent aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation de la personne détenue ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé.
Énoncé (sans précision du diagnostic) du risque sérieux pour la personne détenue ou pour autrui	X			X		Se référer à l'article L. 6141-5 du CSP (l'alinéa 3 précise que les personnels soignants informent le directeur de l'établissement pénitentiaire de risques sérieux pour la sécurité des personnes détenues ou non. C'est une obligation légale d'information qui s'exerce dans le respect du secret médical).



ANNEXE K SUITE

CONTENU DE L'INFORMATION	PARTAGE DE L'INFORMATION			DÉLAI DE TRANSMISSION		OBSERVATIONS
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
Les principaux signes d'alerte à surveiller (sans énoncer le diagnostic) en vue d'obtenir une demande de surveillance renforcée ponctuelle pour un patient présentant un problème psychiatrique ou somatique	X			X		Cette information importante peut remettre en cause un aménagement de peine futur.
La découverte de cas de maladies contagieuses ou à déclaration obligatoire (tuberculose) en vue de mettre en place le protocole adapté	X			X		Il s'agit, sans donner de nom de patients, de pouvoir informer sur les mesures à prendre et de prévenir également le médecin de prévention du ministère de la Justice territoriale référent pour l'établissement pénitentiaire et les services PJJ concernés. La personne détenue doit alors être isolée (art. D. 384-1 du CPP). Cette information importante peut remettre en cause un aménagement de peine futur (par exemple hébergement en CHR).
Les handicaps et incapacités du patient nécessitant une adaptation des conditions de détention	X			X		Une attestation ou un certificat est remis au patient. Cette information est également nécessaire à la préparation d'une sortie anticipée.
Les personnes détenues auxquelles doivent impérativement être remis des médicaments et documents médicaux avant la libération	X			X		Ces informations sont indispensables pour la continuité des soins et des traitements et particulièrement nécessaires à la préparation d'une sortie anticipée ou simplement en fin de peine.
Les personnes détenues victimes de maltraitance	X			X		Il s'agit d'une obligation déontologique (art. R. 4127-10 du CSP). Un certificat est remis au patient. La situation peut nécessiter un signalement à l'autorité judiciaire. Le médecin doit effectivement recueillir l'accord des personnes majeures dès lors qu'elles sont « en mesure de se protéger en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique ». L'accord de l'intéressé n'est donc pas nécessaire pour les mineurs, les majeurs en état de vulnérabilité.
INFORMATIONS NÉCESSAIRES AUX PROFESSIONNELS PÉNITENTIAIRES ET PROFESSIONNELS DE LA PJJ POUR EFFECTUER LEURS MISSIONS						
Situation susceptible de présenter un risque pour la personne détenue et/ou pour autrui :						
* Maladie contagieuse en vue de mettre en œuvre des mesures préventives (tuberculose, gale...)	X			X		Toutes les maladies transmissibles ne sont pas contagieuses. Seules celles nécessitant des mesures d'isolement et/ou des mesures barrière sont à signaler (à titre d'exemple VIH, hépatites non concernées). Les mesures de prophylaxie sont mises en œuvre par l'AP. Il convient d'informer le médecin de prévention du ministère en charge de la Justice territoriale référent pour l'établissement pénitentiaire et les services PJJ concernés. Cette information doit être transmise en cas d'aménagement de peine programmé en hébergement collectif (type placement extérieur collectif).
* Risque suicidaire hors phase aiguë nécessitant une hospitalisation en urgence en vue de mettre en œuvre un suivi spécifique	X			X		Hospitalisation en fonction de l'évaluation médicale du risque suicidaire.
* Risque de dangerosité (au sens psychiatrique du terme) en vue de prévenir des agressions	X			X		Il s'agit d'un cas de dérogation facultative au secret médical. La copie de l'expertise est nécessaire.
Matériels médicaux nécessaires à la vie quotidienne en cas de pathologies chroniques (oxygène, stylos injecteurs, défibrillateurs implantables)	X			X		Le certificat est remis au patient. La rédaction d'une convention est utile pour un accompagnement spécifique de la personne le temps de l'incarcération.
Existence d'un suivi psychiatrique dans le cadre des demandes d'aménagements de peine (LC, placement extérieur, PSE, PSEM)		X		X		Le certificat de suivi est remis au patient. La relation médecin/JAP est décrite (art. 720-1 du CPP). Les coordonnées du référent psychiatrique et/ou du CMP sont à transmettre.



ANNEXE K SUITE

CONTENU DE L'INFORMATION	PARTAGE DE L'INFORMATION			DÉLAI DE TRANSMISSION		OBSERVATIONS
	Oui	Non	Non systématique*	Sans délai	Non urgent	
Nécessité et nature de l'hébergement dans le cadre de l'instruction des demandes de suspension de peine pour raison médicale	X				X	La discussion est au cas par cas avec SPIP et les éducateurs PJJ. A priori, l'état de santé de la personne nécessite des soins constants. Il est nécessaire de fournir certains justificatifs pour l'accueil de la personne dans la structure d'hébergement.
Existence d'une ordonnance à la personne détenue pour justifier de la présence des médicaments en cellule	X			X		Il n'y a pas de signalement « <i>a priori</i> », tout patient ayant des médicaments doit être détenteur d'une ordonnance qu'il doit produire en cas de contrôle. Les ordonnances doivent être remises au patient. Selon l'article D. 273 du CPP, il appartient au chef d'établissement de décider si une personne détenue peut garder à sa disposition, selon les modalités prescrites par les médecins intervenant dans les établissements pénitentiaires, des médicaments, matériels et appareillages médicaux. Il convient d'être vigilant lors d'aménagement hors débat contradictoire ou CAP . En ce qui concerne les mineurs, la question se pose de la pertinence de la détention de médicaments en cellule. Elle peut faire l'objet d'une discussion dans le cadre de la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire.
Existence d'un projet de soins élaboré avec le patient détenu en vue de le mettre en cohérence avec le projet de sortie (ex : relation avec un CSAPA) ou d'aménagement de peine			X		X	Cette information est utile pour les personnels d'insertion et de probation et lorsqu'il s'agit d'un mineur détenu, les éducateurs PJJ.
INFORMATIONS POUVANT ÊTRE COMMUNIQUÉES PAR LES PROFESSIONNELS						PÉNITENTIAIRES ET CEUX DE LA PJJ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ
La date de libération ou de transfert	X			X		C'est notamment le cas quand elle est connue pour les personnes condamnées. Dans tous les cas, cette information est capitale pour la continuité de soins.
Les relations familiales et l'environnement social			X		X	
Le comportement en détention, la participation ou non à des activités			X		X	
L'hygiène de la personne détenue et celle de la cellule			X		X	
Tout élément pouvant faire craindre un comportement violent de la part de la personne détenue	X			X		Cette information est utile dans une logique de protection des soignants lors des consultations.

* Pas de transmission systématique, mais échange selon les cas.



ANNEXES DE LA PARTIE II

Droit applicable aux personnes détenues

P. 293 > 304

ANNEXE L

DROITS DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES EN PSYCHIATRIE

Dans l'attente de l'ouverture de toutes les unités hospitalières spécialement aménagées, des hospitalisations sans consentement des personnes détenues sont réalisées dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans le cadre de soins sans consentement régis par l'article D. 398 du Code de procédure pénale. L'article D. 395 du même Code prévoit que « *les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire. Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard dans toute la mesure du possible ; il en est ainsi notamment en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur* ».

Les droits de la personne détenue hospitalisée, en application de l'article D. 398 du Code de procédure pénale, doivent donc être adaptés de façon à respecter d'une part les dispositions du Code de la santé publique relatives aux droits des personnes accueillies dans les établissements de santé, et d'autre part l'article D. 395 du Code de procédure pénale.

A - CONDITIONS D'HOSPITALISATION

Le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient. Les droits des personnes détenues hospitalisées sont régis par les dispositions des articles L. 1112-1 à L. 1112-6 du Code de la santé publique concernant les personnes accueillies dans les établissements de santé.

La circulaire DHOS du 22 janvier 2009 relative au plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie, a rappelé la nécessité d'améliorer la sécurité des enceintes hospitalières et de disposer d'une unité ou d'un espace fermé ou susceptible d'être fermé pour les établissements accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Ces unités ou espaces doivent être utilisés dans toute la mesure du possible pour l'hospitalisation des personnes détenues.

En revanche, l'utilisation des chambres d'isolement relève d'une nécessité médicale : elle est soumise à une prescription médicale conformément aux recommandations établies par la Haute autorité de santé.

B - DROITS DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES POUR RAISONS PSYCHIATRIQUES

a - Les droits des personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées sans leur consentement

S'agissant plus particulièrement des personnes détenues hospitalisées pour des raisons psychiatriques, leurs droits sont énoncés à l'article L. 3214-2 du CSP qui précise que sont notamment applicables à ces personnes, sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de personne détenue ou, pour celles hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé :

L'article L. 3211-3 du Code de la santé publique

Cet article prévoit que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles des personnes hospitalisées sans consentement doivent être limitées à celles nécessitées par leur état de santé et à la mise en œuvre de leur traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- d'être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits ;
- de communiquer avec le préfet, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance, le maire et le procureur de la République (toutes autorités chargées de visiter les établissements de santé accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement) ;
- de saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (instance *ad hoc* chargée de veiller au respect des libertés individuelles) et/ou le contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- d'émettre ou de recevoir des courriers ;
- de consulter le règlement intérieur de l'établissement de santé où elle est prise en charge ;
- d'exercer son droit de vote ;
- de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Les restrictions à ces droits apportées par l'article D. 395 du Code de procédure pénale sont limitées aux dispositions relatives au courrier (développées ci-dessous). L'ensemble des autres points soulignés s'appliquent pleinement à l'ensemble des personnes hospitalisées sous le régime de l'article D. 398.

b - Les aménagements rendus nécessaires par la qualité de personne détenue

La prise en charge de la personne détenue pendant son hospitalisation relève de la responsabilité de l'établissement de santé. En tout état de cause, l'alignement sur le fonctionnement général doit toujours être recherché. Toutefois, lors de l'hospitalisation d'une personne détenue, certains aspects de la vie quotidienne au sein des unités peuvent nécessiter des aménagements. En fonction des dispositions préexistantes dans chaque établissement, les éléments suivants peuvent être intégrés au règlement intérieur :

Le courrier : droits reconnus aux personnes hospitalisées sans consentement, l'envoi et la réception de courrier sont soumis à des contrôles pour les personnes hospitalisées sous le régime de l'article D. 398. En détention, les personnes incarcérées ne sont pas autorisées à recevoir des colis ou paquets et leur courrier est susceptible d'être contrôlé. À l'exception des courriers adressés aux autorités avec lesquelles toute personne hospitalisée sans consentement peut communiquer directement, le courrier des personnes détenues peut être contrôlé par l'administration pénitentiaire. Tout courrier adressé à ou par la personne détenue hospitalisée doit donc être réorienté, pour vérification, vers l'établissement pénitentiaire où le patient détenu est écroué.

Les colis : l'envoi ou la remise de colis est possible selon les modalités déterminées par l'arrêté du 27 octobre 2011 sur la réception ou l'envoi d'objets au sein des établissements pénitentiaires.

Il peut être remis :

- des effets vestimentaires (dont chaussures et linge de toilette) ;
- des CD et DVD en vente dans le commerce et dont le support visuel permet de déterminer la provenance ;
- des revues, ouvrages d'apprentissage et livres (note DAP du 30 novembre 2011 sur la réception et la détention de livres brochés par les personnes détenues) ;

- le petit appareillage médical ;
- les documents relatifs à la vie familiale.

Ces principes peuvent être retenus également en établissement de santé.

Le téléphone : l'accès au téléphone est possible dans les établissements pénitentiaires, mais ce droit s'y exerce sous le contrôle de l'administration pénitentiaire, qui procède à des écoutes téléphoniques. Dans les établissements de santé, l'accès au téléphone est possible sur prescription médicale. Lors de l'admission de personnes détenues, l'établissement pénitentiaire transmettra, pour chacune d'entre elles, les coordonnées des personnes pouvant être contactées par celle-ci (fiche de liaison). L'identité de l'interlocuteur doit être vérifiée par un personnel de santé.

Les visites : lors de l'incarcération, le nombre de visites autorisées pour chaque personne détenue dépend de son statut (personne condamnée ou prévenu) et des permis de visites délivrés aux personnes en ayant fait la demande, conformément aux dispositions de l'article D. 403 du CPP.

Lors de l'hospitalisation, l'établissement pénitentiaire informe l'établissement de santé des personnes bénéficiant de ces permis de visites. Dans la mesure où ces visites se déroulent sans surveillance à l'hôpital (à la différence de ce qui se pratique en prison), l'autorité préfectorale ou l'autorité judiciaire peut restreindre la liste des visiteurs pendant la durée de l'hospitalisation. Ce cadre n'est pas exclusif de décisions (limitant les visites) qui peuvent être prises pour raisons médicales sur l'organisation des visites pour un patient, compte tenu de son état de santé et de sa prise en charge.

Les achats : en détention, les personnes incarcérées ont la possibilité de cantiner, c'est-à-dire d'acheter des produits à partir de leur compte nominatif, tenu par l'administration pénitentiaire. Il n'y a pas de circulation de liquidités en détention. Des dérogations sont prévues pour les séjours hospitaliers par l'article D. 395 alinéa 2 du Code de procédure pénale : « *Par dérogation aux dispositions de l'article D. 318, la personne détenue admise à l'hôpital peut être autorisée par le chef d'établissement [pénitentiaire] à détenir une somme d'argent provenant de la part disponible de son compte nominatif pour effectuer, à l'intérieur de l'établissement de santé, des dépenses courantes.* »

Sous réserve des dispositions mises en œuvre sur cette question au sein de l'établissement de santé, les personnes détenues hospitalisées pourront donc être en possession d'une petite somme d'argent selon des conditions à définir localement entre les services concernés de l'établissement pénitentiaire et de l'établissement de santé.

La promenade : en prison, toute personne détenue doit pouvoir bénéficier chaque jour d'une promenade d'au moins une heure à l'air libre. Dans la mesure où l'état de santé de la personne le permet, il est donc possible d'autoriser les personnes détenues hospitalisées qui le souhaitent à bénéficier de promenade, sous réserve que les conditions de sécurité soient remplies (présence soignante et lieux clos).

ANNEXE M

TABLEAU DE PRÉSENTATION DES AMÉNAGEMENTS DE PEINE

	Principe de la mesure	Conditions juridiques d'octroi	Suivi de la mesure et sanctions éventuelles
La libération conditionnelle	• C'est un aménagement de peine qui correspond à la mise en liberté d'une personne détenue avant la date d'expiration normale de sa peine, assortie de mesures d'aide et de contrôle. • La personne admise au bénéfice d'une libération conditionnelle <u>n'est plus sous écrou</u>. • Autorités compétentes pour accorder la mesure : le JAP (ou le TAP pour les peines les plus importantes) ou le JE.	• Les conditions relatives à la situation de la personne condamnée : la personne doit être définitivement condamnée et justifier « <i>d'efforts sérieux de réadaptation sociale</i> » : activité professionnelle, formation, participation essentielle à la vie de famille, suivi d'un traitement médical, implication dans un autre projet sérieux d'insertion (recherche d'emploi, création d'entreprise, etc.). • Les conditions relatives à la durée de la peine accomplie : la personne doit avoir exécuté au moins la moitié de sa peine en détention [2/3 de la peine pour les récidivistes]. - <i>Exception pour les personnes condamnées âgées de plus de 70 ans :</i> sauf exécution d'une période de sûreté, la mesure peut être accordée quelle que soit la durée d'incarcération effectuée, si la réinsertion de la personne condamnée est assurée et s'il n'existe pas de risque grave de renouvellement de l'infraction ou de trouble à l'ordre public. - <i>Exception pour les personnes condamnées exerçant l'autorité parentale sur un enfant de moins de dix ans vivant chez eux :</i> si la peine ou le reliquat de peine à subir n'est pas supérieur à quatre ans, aucune condition de durée d'incarcération préalable n'est posée. Cette mesure n'est toutefois pas possible lorsque la personne condamnée exécute une peine prononcée pour un crime ou pour un délit commis sur un mineur ou pour une infraction commise en état de récidive légale. • Les conditions spécifiques à certaines personnes condamnées : - <i>Les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru</i> ne peuvent pas prétendre à cette mesure si elles refusent au cours de leur incarcération (ou dans le cadre d'un projet de sortie) de suivre un traitement médical, préconisé par un médecin et lui ayant été proposé par le JAP. Elles ne peuvent bénéficier de cette mesure qu'après expertise psychiatrique, cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour	• Le suivi de la mesure est assuré par le JAP, le JE, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) ou la PJJ. • Les obligations imposées peuvent être l'indemnisation des victimes, le suivi de soins, l'exercice d'une activité professionnelle, etc. • Le respect des obligations d'un placement sous surveillance électronique mobile (suivi GPS avec zones interdites) peut également être imposé dans le cadre d'une libération conditionnelle. • En cas de non-respect de ces obligations, d'inconduite notoire, de nouvelle condamnation, la mesure peut être révoquée totalement ou partiellement par le JAP ou le JE et la personne pourra alors être réincarcérée pour la durée de la peine restant à subir ou une partie de celle-ci.



	Principe de la mesure	Conditions juridiques d'octroi	Suivi de la mesure et sanctions éventuelles
		le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de quinze ans. - <i>Les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité, à une peine de réclusion criminelle égale ou supérieure à quinze ans pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, ou à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à dix ans pour une infraction mentionnée à l'article 706-53-13 du Code de procédure pénale</i> ne peuvent bénéficier de cette mesure qu'après évaluation pluridisciplinaire de dangerosité, expertise médicale et avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté. • Les mesures probatoires à la libération conditionnelle : avant d'accorder une libération conditionnelle, le JAP peut prévoir l'exécution par la personne condamnée, à titre probatoire, d'une mesure de semi-liberté, de placement à l'extérieur ou de placement sous surveillance électronique. Les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité, à une peine de réclusion criminelle égale ou supérieure à quinze ans pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, ou à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à dix ans pour une infraction mentionnée à l'article 706-53-13 du CPP ne peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle qu'après l'exécution, à titre probatoire, d'une mesure de semi-liberté ou de placement sous surveillance électronique pendant une période d'un an à trois ans, à moins que la libération conditionnelle ne soit assortie d'un placement sous surveillance électronique mobile.	
La semi-liberté	• C'est un aménagement de peine sous écrou (la personne n'est pas incarcérée mais son régime reste juridiquement celui des personnes détenues). • La personne condamnée bénéficie d'un régime particulier de détention l'autorisant à quitter l'établissement pénitentiaire pendant des horaires déterminés afin d'exercer une activité tendant à sa réinsertion.	• Conditions relatives à la situation de la personne : - la personne doit être définitivement condamnée et justifier d'un projet sérieux d'insertion (activité professionnelle, formation, recherche d'emploi, participation essentielle à sa vie de famille, nécessité de subir un traitement médical...); - cette mesure peut être accordée à une personne condamnée détenue (projet de sortie de détention), ou à une personne condamnée non incarcérée mais qui doit exécuter une peine d'emprisonnement ferme (à laquelle elle a été condamnée par le tribunal sans être incarcérée); - une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l'intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle	• Le suivi de la mesure est assuré par le SPIP, sous le contrôle du JAP. • La personne en semi-liberté doit respecter toutes les conditions fixées par le JAP en fonction de sa situation : horaires de sortie autorisés, suivi des activités, indemnisation des victimes, interdiction de fréquenter des personnes, etc. • En cas de non-respect des obligations, d'inconduite notoire, de nouvelle condamnation, la personne condamnée peut être incarcérée sur décision du JAP pour la durée de la peine restant à subir.

	Principe de la mesure	Conditions juridiques d'octroi	Suivi de la mesure et sanctions éventuelles
	La personne réintègre l'établissement pénitentiaire aux horaires imposés par le juge. • La mesure s'effectue toujours dans un établissement spécialement prévu (centre de semi-liberté ou quartier spécifique de l'établissement pénitentiaire). • Autorités compétentes pour prononcer la mesure : - le tribunal correctionnel au moment de la condamnation ; - le JAP ou le TAP pour les peines les plus importantes après la condamnation.	le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de quinze ans. • Conditions relatives à la peine : la personne doit exécuter [ou avoir à exécuter] une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à deux ans, ou dont le reliquat est inférieur ou égal à deux ans (un an pour les personnes condamnées récidivistes). • Cas particulier : cette mesure peut également être accordée comme mesure probatoire à une libération conditionnelle ; dans ce cas, elle peut être prononcée un an avant la date prévue pour la libération conditionnelle, qui ne sera accordée que si la semi-liberté a été respectée. Pour les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité, à une peine de réclusion criminelle égale ou supérieure à quinze ans pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, ou à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à dix ans pour une infraction mentionnée à l'article 706-53-13 du CPP, une libération conditionnelle peut être assortie d'une semi-liberté probatoire d'une durée d'un an à trois ans.	• S'il ne réintègre pas l'établissement pénitentiaire à l'horaire imposé, il est considéré en état d'évasion
Le placement sous surveillance électronique	Le PSE, mesure d'aménagement de peine : • C'est un aménagement de peine sous écrou (la personne n'est pas incarcérée mais son régime reste juridiquement celui des personnes détenues). • La personne porte à la cheville, ou au poignet, un « bracelet électronique » comportant un émetteur qui transmet des signaux fréquents à un récepteur, lequel est placé dans le lieu d'assignation. Elle s'engage à rester sur son lieu d'assignation (domicile propre ou lieu d'hébergement) à certaines heures fixées par le juge. Si elle sort de chez elle en dehors des heures fixées, un surveillant pénitentiaire est aussitôt averti par une alarme à distance. • Autorités compétentes pour prononcer la mesure : - le tribunal correctionnel au moment de la condamnation ;	• Conditions relatives à la situation de la personne : - la personne doit être définitivement condamnée et justifier d'un projet sérieux d'insertion (activité professionnelle, formation, recherche d'emploi, participation essentielle à sa vie de famille, nécessité de subir un traitement médical...); - la personne doit disposer d'un domicile fixe ou d'un hébergement stable (chez un proche, dans un foyer, etc.) pendant la durée du placement sous surveillance électronique ; - cette mesure peut être accordée à une personne condamnée détenue (projet de sortie de détention), ou à une personne condamnée non incarcérée mais qui doit exécuter une peine d'emprisonnement ferme (à laquelle elle a été condamnée par le tribunal sans être incarcérée); - une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l'intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de moins de quinze ans. • Conditions relatives à la peine : la personne peut exécuter [ou avoir à exécuter] une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à deux ans, ou dont le reliquat est inférieur ou égal à deux ans (un an pour les personnes condamnées récidivistes).	• Le suivi de la mesure (contrôle du respect des horaires d'assignation et des autres obligations) est assuré par le SPIP ou la PJJ, sous le contrôle du JAP ou du JE. • La personne sous surveillance électronique doit respecter toutes les conditions fixées par le JAP ou le JE : horaires d'assignation à domicile, horaires de sortie autorisés, suivi des activités, indemnisation des victimes, interdiction de fréquenter des personnes, etc. • En cas de non-respect des obligations, de refus par la personne condamnée d'une modification nécessaire des conditions d'exécution, d'inconduite notoire, de nouvelle condamnation, la personne condamnée peut être incarcérée sur décision du JAP ou le JE pour la durée de la peine restant à subir. • Si elle n'est pas présente au lieu d'assignation à l'horaire imposé, la personne condamnée est considérée en état d'évasion.



	Principe de la mesure	Conditions juridiques d’octroi	Suivi de la mesure et sanctions éventuelles
	- le JAP (ou le TAP pour les peines les plus importantes) ou le JE après la condamnation	• Condition de faisabilité technique : une enquête de faisabilité technique peut être réalisée par le SPIP préalablement à la mesure. • Cas particulier : cette mesure peut également être accordée comme mesure probatoire à une libération conditionnelle ; dans ce cas, elle peut intervenir un an avant la date prévue pour la libération conditionnelle, qui ne sera accordée que si le placement sous surveillance électronique a été respecté. Pour les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité, à une peine de réclusion criminelle égale ou supérieure à quinze ans pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, ou à une peine d’emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à dix ans pour une infraction mentionnée à l’article 706-53-13 du CPP, une libération conditionnelle peut être assortie d’une mesure de placement sous surveillance électronique probatoire d’une durée d’un an à trois ans.	
La surveillance électronique de fin de peine	• C’est une modalité d’exécution de la fin de la peine d’emprisonnement : la personne n’est pas incarcérée mais est sous écrou, son régime reste juridiquement celui des personnes détenues. • La personne porte un dispositif identique au PSE prononcé en aménagement de peine. • Elle s’engage à rester sur son lieu d’assignation (domicile propre ou lieu d’hébergement) à certaines heures fixées par le procureur de la République, ses horaires de sortie étant plus restreints que dans le cadre d’un aménagement de peine. • Autorité compétente pour prononcer la mesure : elle est proposée par le DFSPIP au procureur de la République, qui donne son accord.	• Conditions relatives à la situation de la personne : la personne doit être définitivement condamnée et elle doit consentir à la mesure. Sa situation doit être compatible avec sa personnalité, il ne doit pas exister de risque de récidive ou d’impossibilité matérielle de mettre en œuvre le placement sous surveillance électronique. Aucun critère relatif à un projet d’insertion n’est exigé. Une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l’intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l’assassinat ou le viol d’un mineur de moins de quinze ans. • Conditions relatives à la peine : la personne doit exécuter une peine d’emprisonnement dont la durée totale est inférieure ou égale à cinq ans, et il doit lui rester moins de quatre mois à exécuter ou, pour les peines inférieures ou égales à six mois, les deux tiers de la peine à exécuter. • Conditions de faisabilité technique : une enquête de faisabilité technique peut être réalisée par le SPIP préalablement à la mesure. • Automaticité de l’examen de la situation des personnes condamnées : la surveillance électronique de fin de peine ne fait l’objet d’aucune demande de la part de la personne concernée. Le SPIP examine automatiquement la situation des personnes condamnées concernées.	• Le suivi de la mesure (contrôle du respect des horaires d’assignation et des autres obligations) est assuré par le SPIP, sous le contrôle du procureur de la République. • La personne sous surveillance électronique doit respecter toutes les conditions fixées par le procureur : horaires restreints d’assignation à domicile, horaires de sortie autorisés, suivi des activités, indemnisation des victimes, interdiction de fréquenter des personnes, etc. • En cas de manquement à l’obligation de bonne conduite, de refus par la personne condamnée d’une modification nécessaire des conditions d’exécution ou d’inobservation par la personne condamnée des règles disciplinaires auxquelles elle est soumise ou des mesures énoncées dans la décision de placement sous SEFIP, le DFSPIP ou en cas d’urgence, le chef d’établissement peuvent retirer la mesure et ordonner la réintégration de la personne condamnée. • En cas de nouvelle condamnation et dans les cas prévus à l’alinéa précédent, le procureur de la République peut également, par décision motivée, retirer le placement sous surveillance électronique de fin de peine et ordonner la réintégration de la personne condamnée.

	Principe de la mesure	Conditions juridiques d’octroi	Suivi de la mesure et sanctions éventuelles
Le placement à l’extérieur	• Le placement à l’extérieur est un aménagement de peine sous écrou (le régime de la personne reste juridiquement celui des personnes détenues). • La personne condamnée bénéficie d’un régime particulier de détention, l’autorisant à quitter l’établissement pénitentiaire afin d’exercer une activité tendant à sa réinsertion. L’activité terminée, la personne placée doit, selon la décision du juge, soit réintégrer l’établissement pénitentiaire, soit se rendre dans les locaux d’une association qui l’encadre et l’héberge, ou dans tout autre lieu fixé par le juge. • Autorités compétentes pour prononcer la mesure : - le tribunal correctionnel peut prononcer le bénéfice d’un placement à l’extérieur au moment de la condamnation ; - sinon, le JAP est compétent pour accorder cette mesure (ou le TAP pour les peines les plus importantes).	• Conditions relatives à la situation de la personne : - la personne doit être définitivement condamnée et doit justifier d’un projet sérieux d’insertion (activité professionnelle, formation, recherche d’emploi, participation essentielle à sa vie de famille, nécessité de subir un traitement médical...); - cette mesure peut être accordée à une personne condamnée détenue (projet de sortie de détention), ou à une personne condamnée non incarcérée mais qui doit exécuter une peine d’emprisonnement ferme (à laquelle elle a été condamnée par le tribunal sans être incarcérée); - une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l’intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l’assassinat ou le viol d’un mineur de moins de quinze ans. • Conditions relatives à la peine : la personne doit exécuter (ou avoir à exécuter) une peine d’emprisonnement inférieure ou égale à deux ans, ou dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à deux (un an pour les personnes condamnées récidivistes). • Cas particulier : cette mesure peut également être accordée comme mesure probatoire à une libération conditionnelle ; dans ce cas, elle peut intervenir un an avant la date prévue pour la libération conditionnelle, qui ne sera accordée que si le placement à l’extérieur a été respecté.	• Si elle n’est pas présente au lieu d’assignation à l’horaire imposé, la personne condamnée est considérée en état d’évasion. • Le suivi de la mesure est assuré par le SPIP, sous le contrôle du JAP. • La personne placée à l’extérieur doit respecter toutes les conditions fixées par le JAP en fonction de sa situation : horaires et suivi des activités, indemnisation des victimes, interdiction de fréquenter des personnes, obligation éventuelle de regagner l’établissement pénitentiaire le soir ou le week-end, etc. • En cas de non-respect des obligations, la personne condamnée peut être incarcérée sur décision du JAP pour la durée de la peine restant à subir. • Si elle ne réintègre pas l’établissement pénitentiaire ou le lieu d’assignation à l’horaire imposé, elle est considérée en état d’évasion.
Le fractionnement	C’est une possibilité pour la personne condamnée d’exécuter sa peine sous forme de fractions pour des motifs d’ordre médical, familial, professionnel ou social. (art. 720-1 du CPP).	Dans le cas d’une peine correctionnelle d’une durée de deux ans au plus, le fractionnement peut être ordonné dès l’origine par la juridiction de jugement. À défaut, le fractionnement peut être octroyé ultérieurement par le juge de l’application des peines ou le juge des enfants à toute personne condamnée à une peine d’emprisonnement en matière correctionnelle dont le reliquat de peine restant à subir est inférieur ou égal à deux ans. Sont donc exclues du bénéfice d’une telle mesure les personnes condamnées à une peine criminelle et les personnes condamnées dont la période de sûreté est en cours.	La personne condamnée bénéficiant d’un fractionnement de peine sera suivie par le juge de l’application des peines et le service pénitentiaire d’insertion et de probation.
La suspension de peine de droit commun	L’exécution d’une peine peut être suspendue provisoirement pour des motifs d’ordre médical, familial, professionnel ou social. Elle s’entend comme une possibilité de différer dans le temps l’exécution de sa peine. (art. 720-1 du CPP).	La suspension peut être octroyée par le juge de l’application des peines ou le juge des enfants à toute personne condamnée à une peine d’emprisonnement en matière correctionnelle dont le reliquat de peine restant à subir est inférieur ou égal à deux ans. Sont donc exclus du bénéfice d’une telle mesure les personnes condamnées à une peine criminelle et les personnes condamnées dont la période de sûreté est en cours. Une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l’intéressé a été	La personne condamnée bénéficiant d’une suspension de peine sera suivie par le juge de l’application des peines et le service pénitentiaire d’insertion et de probation.



	Principe de la mesure	Conditions juridiques d’octroi	Suivi de la mesure et sanctions éventuelles
		condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l’assassinat ou le viol d’un mineur. de moins de quinze ans.	
La suspension de peine pour raison médicale	Sauf s’il existe un risque grave de renouvellement de l’infraction, la suspension peut être ordonnée pour les personnes condamnées dont il est établi qu’elles sont atteintes d’une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention (art. 720-1-1 du CPP).	La suspension peut être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n’a pas à être déterminée. Elle est possible même si la période de sûreté assortissant éventuellement la condamnation n’est pas encore échue. Elle n’est pas possible lors des cas d’hospitalisation des personnes détenues en établis-sement de santé pour troubles mentaux. La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que la personne condamnée se trouve atteint d’une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention. Toutefois, en cas d’urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, la suspension peut être ordonnée au vu d’un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est prise en charge la personne détenue ou son remplaçant. Selon le reliquat de peine restant à subir, cette suspension est ordonnée soit par le juge de l’application des peines (ou le juge des enfants), soit par le tribunal de l’application des peines. Une expertise psychiatrique préalable est nécessaire dans le cas où l’intéressé a été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise doit être réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l’assassinat ou le viol d’un mineur de moins de quinze ans. Toutefois, en cas d’urgence, lorsque le pronostic vital est engagé au vu d’un certificat médical, l’expertise peut, avec l’accord du procureur de la République, ne pas être ordonnée. La suspension de peine pour raison médicale a pour effet d’interrompre l’exécution de la peine. La date de fin de peine sera repoussée d’une durée égale à celle de la suspension (D. 149-1 du CPP).	Si la suspension de peine a été ordonnée pour une condamnation prononcée en matière criminelle, une expertise médicale destinée à vérifier que les conditions de la suspension sont toujours remplies doit intervenir tous les six mois. Le juge de l’application des peines ou le juge des enfants peut à tout moment ordonner une expertise médicale à l’égard d’une personne condamnée ayant bénéficiée d’une mesure de suspension de peine en application du présent article et ordonner qu’il soit mis fin à la suspension si les conditions de celle-ci ne sont plus remplies. Il en est de même si la personne condamnée ne respecte pas les obligations qui lui ont été imposées.

ANNEXES DE LA PARTIE II

Cahier II

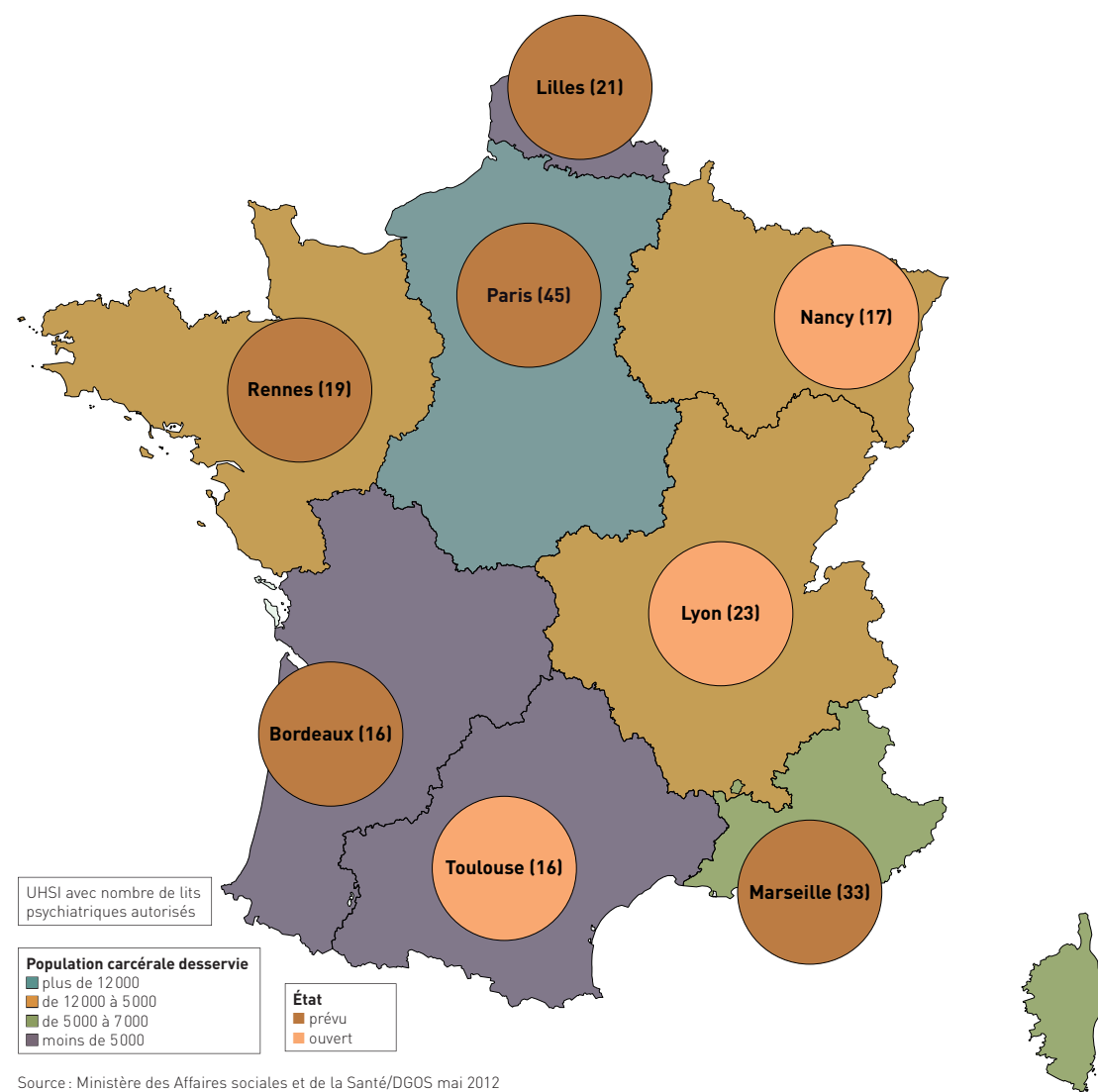
P. 305 > 312

#4
Annexes

ANNEXE N

CARTE UHSI

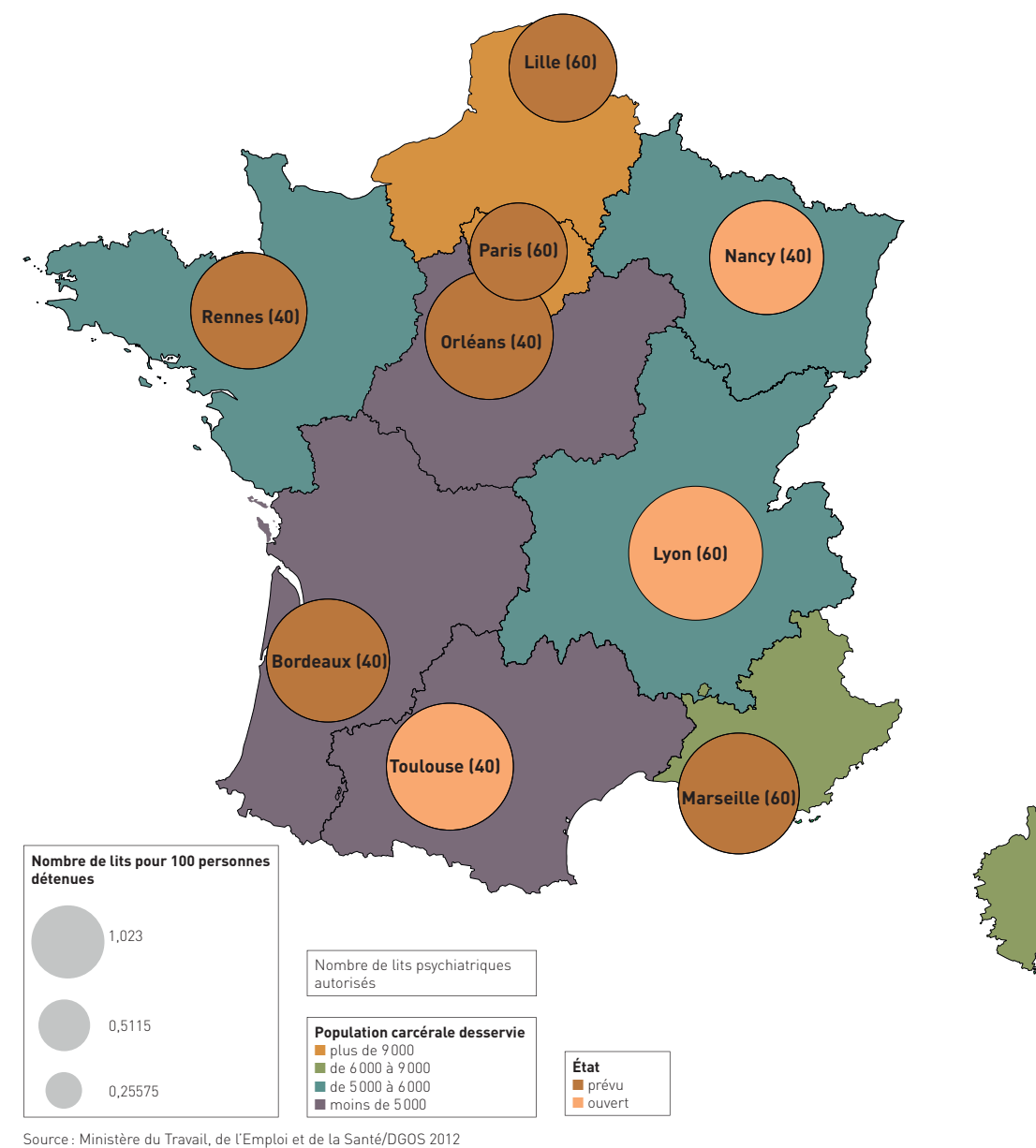
Localisation et ressort territorial des 8 Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)



ANNEXE O

CARTE UHSA

Localisation et ressort territorial des 9 Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)



ANNEXE P

DÉFINITION ET ORGANISATION DES CELLULES D'HÉBERGEMENT DÉDIÉES AUX PATIENTS ADMIS EN HOSPITALISATION DE JOUR PSYCHIATRIQUE

La prise en charge en hôpital de jour nécessite l'hébergement dans des cellules dédiées. À ce jour, cette possibilité n'est offerte que dans certains services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

L'objectif est de rationaliser l'accès comme le fonctionnement de cette prise en charge en proposant :

- des critères pour l'implantation des cellules d'hébergement ;
- un protocole fixant les conditions de fonctionnement des cellules d'hébergement.

La révision proposée s'inscrit dans le cadre d'un renforcement général des soins psychiatriques.

Taux d'équipement

Les données disponibles (rapports de secteurs Drees et données DGOS au 1^{er} février 2009) font apparaître aujourd'hui, au niveau national, les taux d'équipement suivants :

- une place en cellule d'hébergement pour 100 places de détention ;
- 0,8 place en cellule d'hébergement pour 100 personnes détenues.

Ce calcul a été réalisé à partir des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire offrant des possibilités d'hospitalisation de jour avec accueil effectif en cellules d'hébergement (SMPR).

Ces taux d'équipement sont retenus comme une norme minimale : soit une place en cellule d'hébergement pour 100 places de détention. Chaque région doit disposer d'au moins une unité sanitaire de niveau 2, le nombre de places par unité ne pouvant excéder une vingtaine de prises en charge.

Cet objectif s'impose prioritairement aux secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SMPR) qui se situent en dessous de cette moyenne mais n'impliquera pas de diminution pour les autres.

Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SMPR) ne disposant pas de cet équipement minimal doivent étudier en lien avec les ARS et les DISP concernées la possibilité de disposer de cet équipement.

Les possibilités d'installation au sein d'autres établissements pénitentiaires du secteur seront étudiées en particulier dans le cas :

- de secteurs géographiques très étendus nécessitant un renforcement du maillage de l'offre de soins ;
- de la présence d'établissements pénitentiaires de grande capacité (700 places et plus) géographiquement éloignés de l'établissement disposant de places d'hébergement.

La nécessité d'installation de cette offre sera étudiée lors de chaque ouverture d'établissement pénitentiaire susceptible de modifier l'équilibre entre l'offre et la demande.

À l'issue de cette mise à niveau, chaque région devra être en mesure de répondre aux besoins de soins en hospitalisation de jour des personnes incarcérées, que ce soit au sein de l'établissement siège du SMPR ou dans un autre établissement identifié.

ANNEXE Q

STATUT DES PLACES D'HÉBERGEMENT AU SEIN DES UNITÉS SANITAIRES DE NIVEAU 2

Protocole relatif aux cellules d'hébergement dédiées à la prise en charge en hospitalisation de jour en psychiatrie

Dans chaque établissement pénitentiaire disposant d'une unité sanitaire de niveau 2 identifié, des cellules spécifiques sont dédiées à un hébergement adapté à l'état de santé des personnes prises en charge en hospitalisation de jour.

L'hébergement au sein de ces cellules vise à :

- faciliter les allers et venues des personnes détenues entre le lieu de soins et la cellule durant la journée ;
- garantir un hébergement adapté la nuit.

Le placement au sein de ces cellules n'est pas un obstacle à l'accès aux équipements collectifs.

Implantation et surveillance au sein de l'établissement pénitentiaire

La situation de ces cellules au sein de l'établissement doit permettre des déplacements facilités vers le lieu de soins. Elles font l'objet de la même surveillance par l'établissement pénitentiaire que les autres cellules. Cette surveillance est exercée le jour par du personnel pénitentiaire affecté spécifiquement à cette mission. Des formations d'adaptation à la fonction organisées localement sont proposées à ces personnels.

Équipement des cellules d'hébergement

Les cellules doivent être individuelles dans leur majorité. Quelques cellules peuvent compter deux places au maximum, dans la limite d'un tiers du nombre de places.

Leur entretien relève de l'administration pénitentiaire et ne diffère pas de celui des autres cellules de l'établissement. Leur équipement est conforme aux réglementations en vigueur.

Modalités d'affectation au sein des cellules d'hébergement

Admission d'une personne détenue de l'établissement pénitentiaire

La décision d'affectation au sein d'une cellule d'hébergement est prise par le chef de l'établissement pénitentiaire. Elle intervient exclusivement sur demande du médecin responsable du service, qui décide de la date d'admission et de sortie pour les personnes détenues admises en hospitalisation de jour par le directeur de l'établissement de santé.

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

Admission d'une personne détenue d'un autre établissement pénitentiaire

La prise en charge en hospitalisation de jour doit être accessible à l'ensemble des personnes détenues de la zone géographique correspondante. Le médecin responsable de l'unité d'hôpital de jour examine les demandes d'admission présentées par les équipes des unités sanitaires de son ressort. Sous réserve de son avis favorable et des disponibilités au sein des cellules d'hébergement, il transmet au directeur de l'établissement pénitentiaire une demande de transfert en vue de soins au sein de l'hôpital de jour et d'une affectation en cellule d'hébergement. L'admission en hospitalisation de jour est prononcée par le directeur de l'établissement de santé. Le transfert est organisé par l'administration pénitentiaire dans les délais les plus brefs.

ANNEXES DE LA PARTIE II

Cahier III : Protection sociale

P. 313 > 322

#4
Annexes

ANNEXE R

PRESTATIONS SOCIALES DISPONIBLES POUR LES PERSONNES DÉTENUES

Prestations sociales	Textes réglementaires	Organisme instructeur	Organisme payeur	Public visé	Caractéristiques applicables aux personnes détenues
Aide à domicile : - allocation simple et allocation représentative de services ménagers - prestations d'aide ménagère	art. L. 113-1 et art. L. 231-1 du CASF	Conseil général	Conseil général	Personnes âgées de 65 ans (ou plus de 60 ans en cas d'incapacité au travail) (sous réserve de conditions de ressources).	Le droit commun s'applique aux personnes détenues.
AAH Allocation aux adultes handicapés	Droit commun : art. L. 821-1 du CSS et suivant	MDPH	CAF (Caisse allocations familiales) ou la MSA (Mutualité sociale agricole)	L'AAH est une prestation non contributive destinée à assurer un minimum de ressources aux personnes handicapées.	Les personnes qui séjournent en établissement pénitentiaire et remplissant les conditions de taux d'incapacité et d'âge ne perçoivent plus, après une période de 60 jours, que 30 % du montant mensuel de leur allocation.
	Personnes détenues : art. L. 821-6 et R. 821-8 du CSS et décret n° 2005-724 du 29 juin 2005				
ACS Aide au paiement d'une complémentaire santé	Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie	CPAM	Assurance maladie	L'ACS est une aide financière pour les personnes en difficulté qui souhaitent souscrire ou continuer à bénéficier d'une complémentaire santé. Cette aide est réservée aux personnes dont les ressources n'excèdent pas plus de 20 % le plafond d'attribution de la CMUc. Le montant varie en fonction de l'âge. Les personnes qui ont droit à cette aide peuvent bénéficier de la dispense d'avance des frais pour la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.	Le droit commun s'applique aux personnes détenues.
ACTP Allocation compensatrice pour tierce personne	Anciens art. L. 245-1 à 11 du CASF	Néant (Plus de nouvelle attribution)	Conseil général	Personnes âgées handicapées à domicile qui en bénéficiaient avant la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 relative à la PCH et ayant sollicité son renouvellement.	Le droit commun s'applique aux personnes détenues.
APA Allocation personnalisée d'autonomie	Loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et art. L. 232-1 du CASF et suivants	Conseil général	Conseil général	Toute personne âgée d'au moins 60 ans résidant en France et qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Le montant varie en fonction du degré d'autonomie et des ressources.	Le droit commun s'applique aux personnes détenues comme si elles étaient à leur domicile.
Aide sociale à l'hébergement	art. L. 113-1 et art. L. 231-4 du CASF	Conseil général	Conseil général	Personnes hébergées : - dans un établissement public ou privé du secteur médico-social ou sanitaire ; - chez des particuliers (en accueil familial).	Le droit commun s'applique aux personnes détenues à la libération.



ANNEXE R SUITE

Prestations sociales	Textes réglementaires	Organisme instructeur	Organisme payeur	Public visé	Caractéristiques applicables aux personnes détenues
CMUc Couverture maladie universelle complémentaire	Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et art. L. 380-1 du CSS et suivant	CPAM	Assurance maladie ou organisme payeur choisi par la personne	Personne dont les ressources sont inférieures à un plafond revu au 1 ^{er} juillet de chaque année.	Les personnes détenues disposant de ressources modestes doivent faire valoir leurs droits à la CMUc. Le droit à la CMUc débute au premier jour du mois suivant la date de la décision d'attribution sauf situation d'urgence. Champ de la prise en charge pour les personnes détenues : - prise en charge des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques ou orthopédie dento-faciale, les prothèses auditives et les dispositifs médicaux à usage unique dont l'optique dans les limites fixées par arrêté ; - prise en charge du TM lors des soins de ville si la personne détenue exerce une activité professionnelle suffisante dans les conditions de droit commun lors d'AMP ; - en bénéficier pour le reliquat de la période annuelle de droit à la sortie.
PCH Prestation compensatrice du handicap	art. L. 245-1 du CASF et décret n° 2005-1591 du 19 décembre 2005	MDPH	Conseil général	Cette prestation est un nouveau droit accordé pour toute personne handicapée âgée de 20 à 59 ans. C'est une aide financière destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées.	Le droit commun s'applique aux personnes détenues.
RSA Revenu de solidarité active	Droit commun : loi du 1 ^{er} décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion et art. L. 262-1 du CASF et suivant	Conseil général	CAF (Caisse allocations familiales) ou la MSA (Mutualité sociale agricole)	Le revenu de solidarité active a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, d'inciter à l'exercice d'une activité professionnelle et de lutter contre la pauvreté de certains travailleurs, qu'ils soient salariés ou non salariés.	Si une personne détenue bénéficiait du RSA avant son incarcération, le versement est maintenu les 60 premiers jours de détention puis est ensuite suspendu. Le versement à taux normal reprendra à compter du 1 ^{er} jour du mois au cours duquel l'incarcération prend fin.
	Personnes détenues : décret n° 2009-404 du 15 avril 2009 relatif et RSA et art. L. 262-19 et art. R. 262-45 du CASF				



ANNEXE S

PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES EN AMÉNAGEMENTS DE PEINE, PERMISSION DE SORTIE OU SEFIP

	Textes de référence	Modalités de prise en charge des soins	Caisse compétente	Régime applicable
Libération conditionnelle	art. 729, 729-3, art. D. 525 du CPP	art. L. 161-13 et art. R. 161-4 du CSS	CPAM du lieu de résidence ou, sur demande de la personne libérée, CPAM du lieu de détention pendant la période fixée à l'article art. R. 161-4 du CSS	Prestations du régime antérieur à l'incarcération ou, à défaut, prestations en nature du régime général de l'assurance maladie. Actuellement, la personne détenue est dispensée d'avance des frais sauf pour le TM et le FJH qui seront remboursés par l'établissement pénitentiaire.
		Droit commun des travailleurs salariés	CPAM du lieu de résidence	Prestations en nature et en espèces du régime d'assurance maladie dont il relève au titre de cette activité ou à défaut prestation en nature du régime général.
Semi-liberté	art. 132-25 et 132-26 du Code pénal ; art. 723, 723-1, art. D. 49-1, art. D. 137, art. D. 138 du CPP	Proposition de nouvelle rédaction des art. L. 381-30 et art. L. 381-30-5, art. R. 381-97 du CSS	CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire d'écrou	Prestations en nature du régime général de l'Assurance maladie. Actuellement, la personne détenue est dispensée d'avance des frais sauf pour le TM et le FJH qui seront remboursés par l'établissement pénitentiaire.
		art. L. 381-30 al. 2 du CSS	CPAM du lieu de résidence	Prestations en nature et en espèces du régime d'assurance maladie dont il relève au titre de cette activité ou à défaut prestation en nature du régime général.
PSE (placement sous surveillance électronique)	art. 132-26-2 et suivants du CP ; art. 723-7 à 723-13 du CPP	Proposition de nouvelle rédaction de l'art. L. 381-30 et art. L. 381-30-5 du CSS	PSE <i>ab initio</i> : CPAM du lieu de résidence	Prestations en nature du régime général de l'Assurance maladie. Actuellement, la personne détenue est dispensée d'avance des frais sauf pour le TM et le FJH qui seront remboursés par l'établissement pénitentiaire.
		PSE après détention : à la diligence de la personne placée, CPAM du lieu de résidence, ou sinon CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire d'écrou.		

		Proposition de nouvelle rédaction des art. L. 381-30 et art. L. 381-30-5 du CSS	CPAM du lieu de leur résidence	Prestations en nature et en espèces du régime d'assurance maladie dont il relève au titre de cette activité ou à défaut prestation en nature du régime général.
Placement à l'extérieur	art. D. 126 à D. 136 du CPP ; art. 132-25 et art. 132-26 du CPP	Proposition de nouvelle rédaction des art. L381-30 ; art. L. 381-30-5 et art. R. 381-97 du CSS	À la diligence de la personne placée, CPAM du lieu de résidence, ou sinon CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire d'écrou	Prestations en nature du régime général de l'assurance maladie. Actuellement, la personne détenue est dispensée d'avance des frais sauf pour le TM et le FJH qui seront remboursés par l'établissement pénitentiaire.
		art. L. 381-30 al.2 du CSS	CPAM du lieu de résidence	Prestations en nature et en espèces du régime d'assurance maladie dont il relève au titre de cette activité ou à défaut prestation en nature du régime général.
Fractionnement de peine	art. 720-1 du CPP	art. L. 161-13 et art. R. 161-4 du CSS	CPAM du lieu de résidence	Régime antérieur ou à défaut régime général de l'assurance maladie.
Suspension de peine pour raison médicale	art. 720-1-1 du CPP Loi du 4 mars 2002	art. L. 161-13 et art. R. 161-4 du CSS	CPAM du lieu de résidence	Régime antérieur ou à défaut régime général de l'assurance maladie.
Permission de sortie	art. 723-3 et art. D.142 à art. D. 147 du CPP	Proposition de nouvelle rédaction des art. L. 381-30-5 et art. R. 381-97 du CSS	CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire	Prestations en nature du régime général de l'assurance maladie. Actuellement, la personne détenue est dispensée d'avance des frais sauf pour le TM et le FJH qui seront remboursés par l'établissement pénitentiaire.
SEFIP	art. 723-28, art. D. 147-30-19 à art. D. 147-30-61 du CPP	Proposition de nouvelle rédaction des art. L. 381-30-5 et art. R. 381-97 du CSS	A la diligence de la personne placée CPAM du lieu de résidence, ou sinon, CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire d'écrou	Prestations en nature du régime général de l'assurance maladie. Actuellement, la personne détenue est dispensée d'avance des frais sauf pour le TM et le FJH qui seront remboursés par l'établissement pénitentiaire.
		Personne détenue ne travaillant pas à l'extérieur		
		Personne détenue exerçant une activité professionnelle à l'extérieur		



ANNEXE T

TRAVAIL DE DÉTENTION

Le travail en détention (personnes détenues écrouées dans les murs)		
Types d'emploi	• <u>Le travail en concession</u> : pour le compte d'une entreprise privée qui installe un atelier en détention • <u>Ateliers de la R.I.E.P</u> (régie industrielle des établissements pénitentiaires) pour le compte de l'administration pénitentiaire • <u>Le service général</u>, entretien des locaux et pourvoir au bon fonctionnement de la prison.	
Contrat de Travail	- <u>Absence</u> [art. 717-3 du CPP] - Existence d'un <u>acte d'engagement</u> [art. R. 57-9-1 de la loi pénitentiaire] : signé par le chef d'établissement et par la personne détenue. Il précise la description du poste, les horaires, le régime et les risques. Il fixe la rémunération et les cotisations sociales afférentes.	
Régime de sécurité sociale	Régime général	
Rémunération	Versée par l'employeur ou l'administration pénitentiaire	
Prestations en nature (servies par le régime général)	Assurance maladie	OUI
	Assurance maternité	OUI
	Assurance vieillesse	OUI
	Assurance retraite	NON
	Assurance chômage	NON
Prestations en espèce	- <u>Arrêt à la date d'incarcération du droit aux prestations en espèces</u> dont bénéficiait la personne avant sa détention. NB : la pension d'invalidité est maintenue pendant toute la durée de l'incarcération si la personne en bénéficiait avant sa détention. - <u>Aucune ouverture de droit aux IJ ou à une pension d'invalidité, notamment n'est possible</u> pendant la détention du fait de l'exercice d'un travail pénal : absence de prestation en cas arrêt maladie, accident du travail ou chômage après licenciement.	
Droits salariaux	SMIC	Absence
	Congés payés	Absence
	Procédure de licenciement	Absence
	Droit syndicaux	Absence du droit d'expression, représentation ou grève.
	Possibilité de saisir le conseil des Prud'hommes ou l'inspection du travail	Absence
	Médecine du travail	Absence
Droit de travail à son propre compte	OUI (art. 718 du CPP)	

ANNEXE U

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE EN DÉTENTION

Le versement des prestations en cas d'accident de travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) concernant les personnes placées sous main de justice

PÉRIODE D'ITT DURANT LA DÉTENTION

AT ou MP	Prestations en nature	Prestations en espèce
Personnes détenues écrouées dans les murs	OUI (art. L. 381-30-1 du CSS)	NON (sauf rente incapacité permanente) (art. L. 433-4 du CSS)
Personnes détenues en aménagement de peine	OUI (art. L. 381-30-1 du CSS)	OUI (art. L. 433-4 du CSS)

1^{er} cas - AT survenu avant la détention et incarcération avant la guérison ou la consolidation de la blessure :
- arrêt du versement des prestations en espèce le jour de l'incarcération (art. L. 433-4 du CSS), sauf PSE *ab initio* ;
- reprise des prestations si libération avant guérison ou consolidation.

2^e cas - AT survenant pendant la période de détention :
- aucune indemnité journalière versée (art. L. 433-4 du CSS) sauf rente d'incapacité permanente (art. D. 412-66).

En cas de libération avant la guérison ou la consolidation de la blessure :
- l'indemnité journalière est versée dès le jour de la libération qui est considéré comme le jour d'arrêt de travail consécutif à l'accident pour le calcul de l'indemnité (art. D. 412-62 du CSS) ;
- les prestations et indemnités sont versées par la CPAM dont dépend le dernier EP où était détenue la victime (art. D. 412-38 du CSS) ;
- en cas de réincarcération pendant la période d'ITT, indemnités journalières suspendues (art. D. 412-62 du CSS).

Accident de travail lors d'un trajet

Applicables aux accidents survenus au cours de déplacements accomplis par la personne détenue conformément au règlement pénitentiaire (application de l'art. L. 411-2 selon art. D. 412-37 du CSS).

La rente d'incapacité : en cas d'incapacité permanente > 10 %

- seule prestation en espèce versée en détention pour un AT survenu avant ou pendant la détention (art. D. 412-66 du CSS) ;
- versée par la CPAM à l'AP pendant la détention qui crédite le pécule de libération ou directement au conjoint ou à ses ayants droit (art. 412-66 du CSS).



ANNEXES DE LA PARTIE II

Cahier III : Modalités financières

P. 323 > 330

#4
Annexes

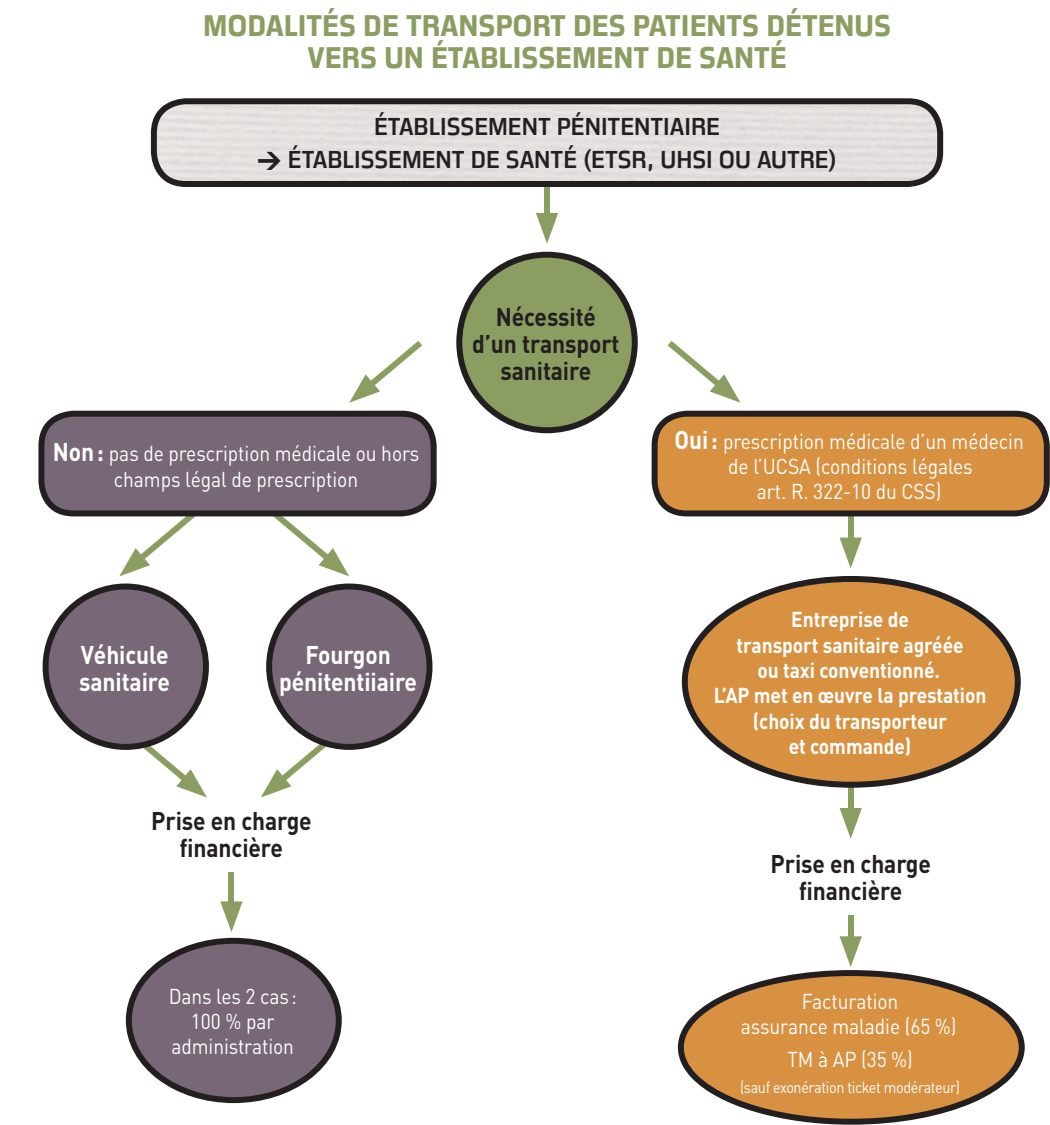
ANNEXE V

DISPOSITIF MÉDICAUX À USAGE INDIVIDUEL

	Prescripteur	Organisme de prise en charge	Prestataires	Prise en charge des dépassements de tarifs	
Dispositifs médicaux à usage individuel (exemples : lunettes, audioprothèses, prothèses dentaires, fauteuil roulant...)	Médecin unité sanitaire ou praticien hospitalier de l'établissement de rattachement.	Part obligatoire prise en charge par AM et TM par administration pénitentiaire.	Faculté de l'établissement de santé de conclure des conventions de tarifs préférentiels avec des fournisseurs (convention marché public).	Bénéficiaire d'une complémentaire santé ou de la CMUc	Non bénéficiaire d'une complémentaire santé ou de la CMUc
				CMUc prend en charge les dépassements non couverts par maladie dans des limites fixées par arrêté. Organisme complémentaire selon les modalités de contrat ou d'adhésion.	À la charge de la personne détenue si ressources. Sinon, action sanitaire et sociale de l'AP ou de l'AM.

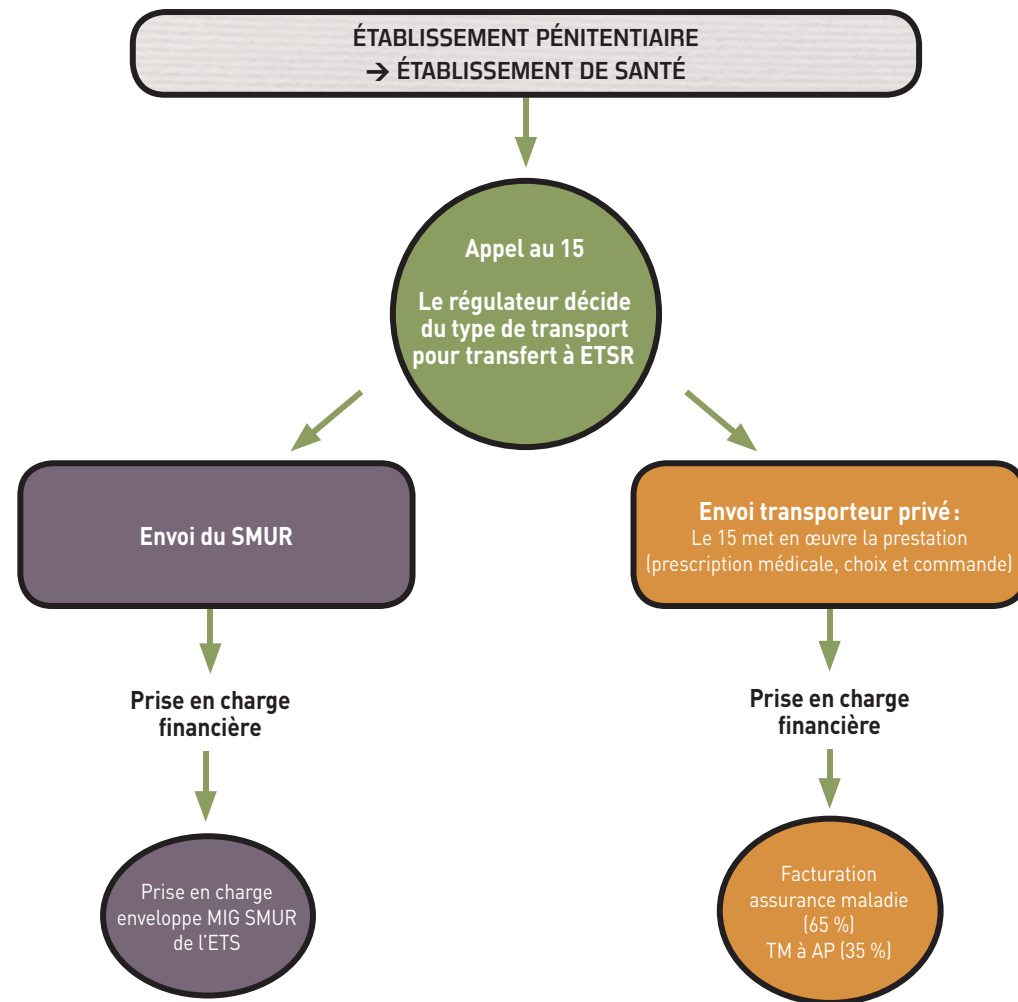
ANNEXE W

TRANSPORTS SANITAIRES



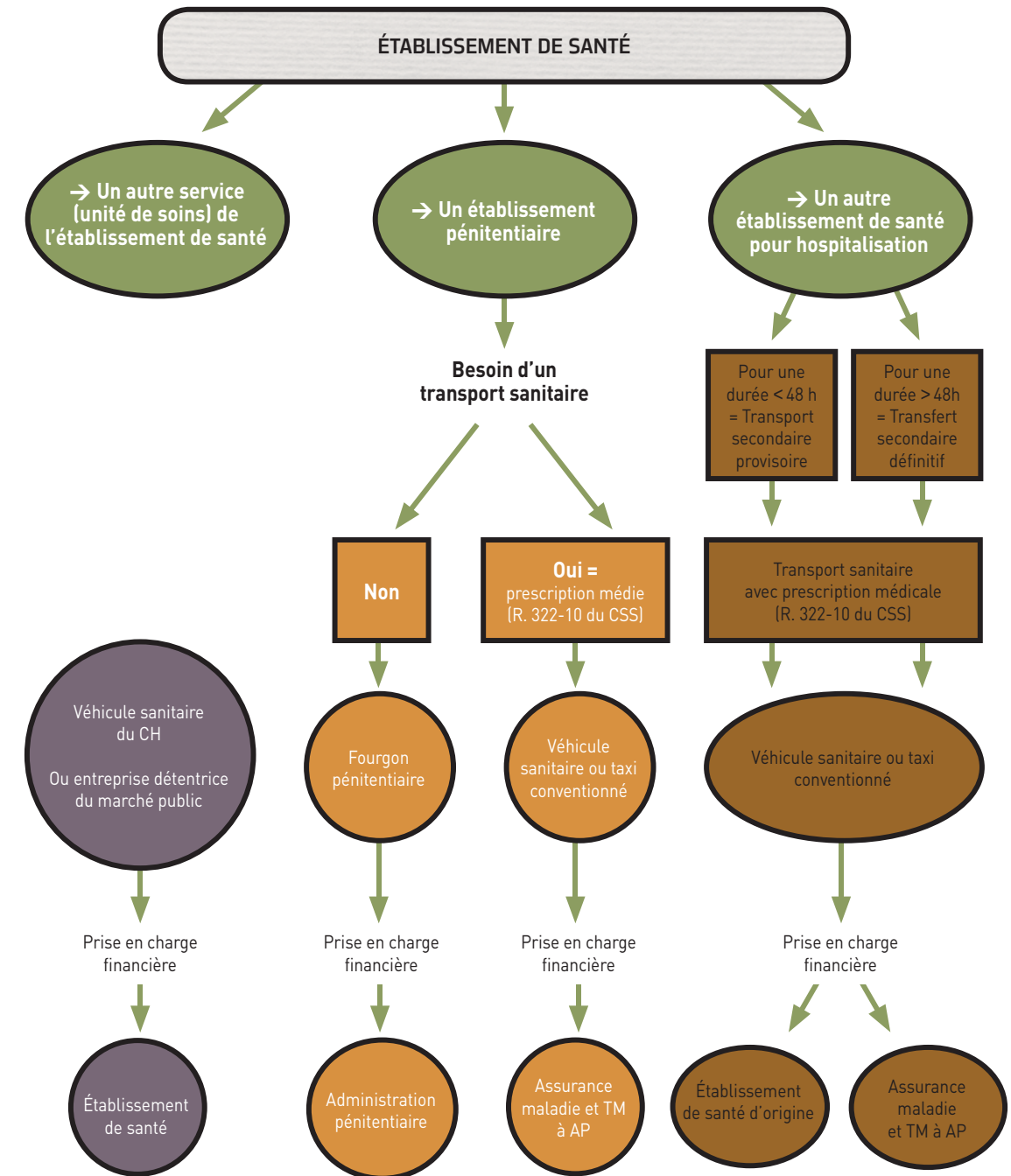
AP : administration pénitentiaire
ETSR : établissement de santé de référence
UCSA : unité de consultation et de soin ambulatoire
UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale

MODALITÉS DE TRANSPORT DES PATIENTS DÉTENUS VERS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EN URGENCE



AP : administration pénitentiaire
 ETSR : établissement de santé de référence
 UCSA : unité de consultation et de soin ambulatoire
 UHSI : unité hospitalière interrégionale sécurisée
 SMUR : service médicalisé urgence et réanimation

MODALITÉS DE TRANSPORT DES PATIENTS DÉTENUS AU DÉPART D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



AP : administration pénitentiaire
 ETSR : établissement de santé de référence
 UHSI : unité hospitalière interrégionale sécurisée

ANNEXE X

ESCORTE ET GARDE DE PERSONNES DÉTENUES LORS D'EXTRACTIONS MÉDICALES OU D'HOSPITALISATIONS

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

*En fonction du profil de dangerosité de la personne détenue, une demande de renfort par les forces de l'ordre peut être demandée auprès de l'autorité préfectorale.
(**) Pour l'UHSI de Paris, les hospitalisations hors UHSI mais au sein de l'hôpital de rattachement La Pitié Salpêtrière sont, par exception locale, de la compétence des personnels pénitentiaires.

ANNEXES DE LA PARTIE II

Cahier IV

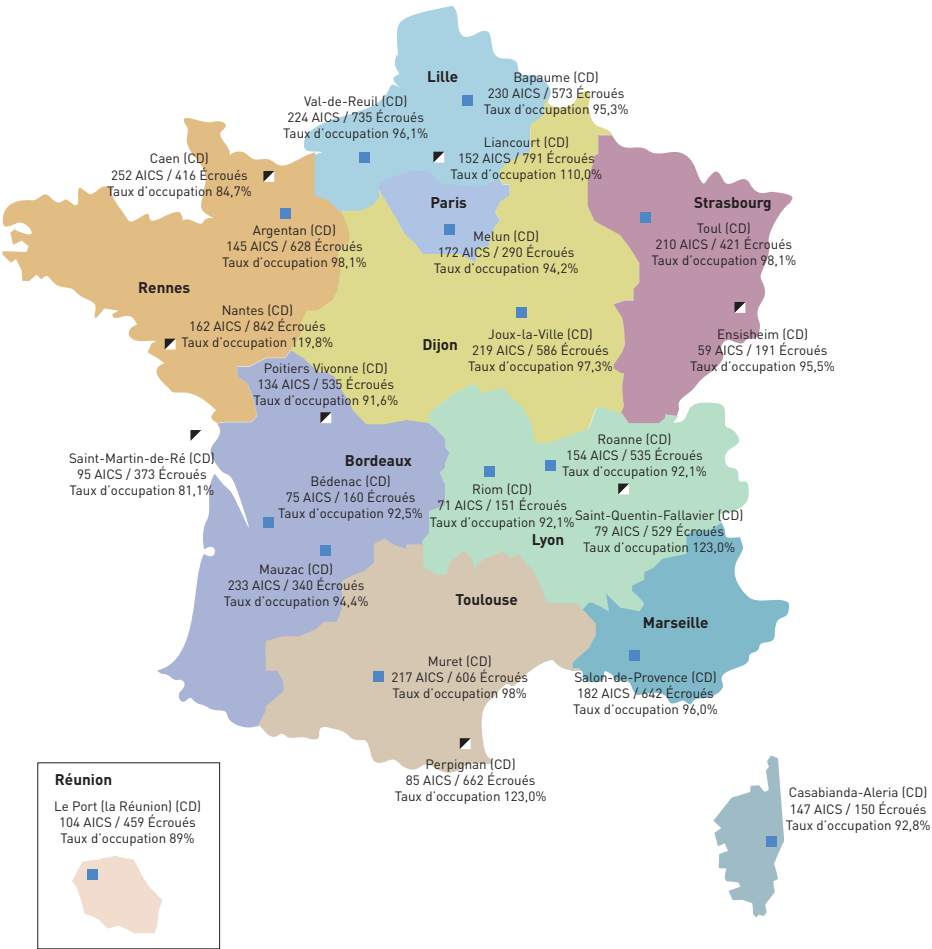
P. 331 > 336

#4
Annexes

ANNEXE Y

CARTE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES POUR PEINES SPÉCIALISÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DES AICS

Au 1^{er} novembre 2011, 3 401 écroués pour ICS sur un ensemble de 10 647 écroués dans les établissements spécialisés



Ministère de la Justice / CAP / PMJ / Cellule Informatique

ANNEXE Z

ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL DISPONIBLES POUR LES PERSONNES DÉTENUES HANDICAPÉES

Établissements et services pour personnes handicapées	Textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Orientation
B 2 Services de prise en charge et accompagnement					
SAVS	C : L. 312-1-I -7 ° A : L. 313-1 ss RT : D. 312 -162 à 165 du CASF	Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) prennent en charge des adultes handicapés (y compris les TH) nécessitant : - une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ; - un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Il s'agit de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes et leurs liens sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels.	PCG	CG - Prix de Journée	Décision CDAPH
SAMSAH	C : L. 312-1-I -7 ° A : L. 313-1 ss RT : D. 312 - 166 à 169 du CASF + D. 344-5-1 à D. 344 - 5 -16 pour handicap lourd et complexe	Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés prennent en charge des personnes dont l'état nécessite, en plus des interventions mentionnées pour les SAVS : - des soins réguliers et coordonnés ; - un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.	ARS + PCG	CG (Tarif journalier) + AM (Forfait soins)	Décision CDAPH
SSIAD (PH)	L. 312-1-I- 7° et D. 312-1 à 312-5 du CASF	Les services de soins infirmiers à domicile assurent des prestations de soins infirmiers (soins de base ou techniques et relationnels) auprès de personnes adultes handicapées < 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques. Le SSIAD intervient à domicile ou dans des établissements non médicalisés.	ARS	AM - 100 %	Prescription médicale puis décision du gestionnaire
SAAD (PH)	C : L. 312-1-I- 7° CASF et L. 7231-1 du Code du Travail RT : D. 312-6 du CASF	Les services d'aide et d'accompagnement à domicile interviennent auprès de personnes handicapées avec des prestations de services ménagers ou d'aide pour les activités de la vie quotidienne, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales.	PCG	Usager ou PCH	Décision du gestionnaire + évaluation MDPH si PCH

Établissements et services pour personnes handicapées	Textes de référence	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement	Orientation
SPASAD (PH)	C : L. 312-1-I -7 ° A : L. 313-1 ss RT : D. 312 - 166 à 169 du CASF + D. 344-5-1 à D. 344-5-16 pour handicap lourd et complexe	Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile assurent à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD.	ARS + PCG	AM (pour les soins) + règles applicables aux SAAD	Décision du gestionnaire + évaluation MDPH si PCH + prescription médicale
B 3 Établissements					
MAS	C : L. 312-1-I-7° du CASF et R. 344-1 et 2 A : L. 344-1 ss CASF RT : D. 344-5-1 à R. 344-5-16 et ss. CASF + D. 344-5-1 à D. 344 - 5 -16 pour handicap lourd et complexe	Les maisons d'accueil spécialisées reçoivent des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de la vie et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.	ARS	AM. : PJ (ou DG si CPOM)	Décision CDAPH
FAM	C : L. 312-1-I-7° CASF RT : D. 344-5-1 à R. 344-5-16 et ss. CASF + D. 344-5-1 à D. 344 - 5 -16 pour handicap lourd et complexe	Les foyers d'accueil médicalisés reçoivent des personnes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante, ainsi que d'une médicalisation sans toutefois justifier une prise en charge complète par l'assurance maladie.	ARS + PCG	AM. : forfait soins + Usager (ou CG aide sociale à l'hébergement) : tarif hébergement et accompagnement à la vie sociale	Décision CDAPH
Foyers	C : L. 312-1-I-7° CASF A : L. 313-1 ss CASF T : L. 314-1 ss CASF	Foyer d'hébergement : non médicalisé, il reçoit toute personne handicapée adulte travaillant en milieu ordinaire, en ESAT, entreprise adaptée ou accueillie en SAJ. Foyer de vie ou occupationnel : accueille des personnes adultes dont le handicap ne leur permet plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais ont une autonomie physique et intellectuelle suffisante pour se livrer à des activités quotidiennes et participer à une animation sociale.	PCG	Usager + CG (aide sociale à l'hébergement)	Décision CDAPH

ANNEXES GÉNÉRALES

P. 337 > 364

ANNEXE 1

GLOSSAIRE

CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Maison d'arrêt (MA)

Établissement pénitentiaire pour les personnes prévenues, les personnes condamnées dont la durée de peine restant à purger est inférieure à un an, et les personnes condamnées en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale).

Centre pénitentiaire (CP)

Établissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers de régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

Centre de détention (CD)

Prison/établissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des personnes détenues.

Établissements pour mineurs (EPM)

Établissement dont la capacité d'accueil est limitée à 60 mineurs répartis en unités de 10 places. Il a pour objectif de concilier sanction et action éducative, c'est-à-dire de placer les activités scolaires, sportives et culturelles au cœur du dispositif de détention. Chaque mineur est encadré par un éducateur de la PJJ et un surveillant pénitentiaire.

Maison centrale (MC)

Établissement pénitentiaire pour les personnes condamnées les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Centre de semi-liberté (CSL)

Établissement pénitentiaire qui reçoit des personnes condamnées admises au régime de la semi-liberté.

Régime de semi-liberté : modalité d'exécution d'une peine. Elle autorise une personne condamnée à exercer, en dehors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, à suivre un enseignement ou à bénéficier d'un traitement médical. À l'issue de ces activités quotidiennes, la personne condamnée rejoint le centre de semi-liberté.

Centre pour peine aménagée (CPA)

Établissement pénitentiaire qui reçoit des personnes volontaires placées sous écrou et faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que des personnes détenues dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

SITUATIONS JURIDIQUES

Personne placée sous main de justice (PPSMJ)

Personne confiée à l'administration pénitentiaire au titre d'une mesure judiciaire privative ou restrictive de liberté.

Cela inclut les personnes prévenues (personne placée en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire dans l'attente de son jugement et personne jugée mais qui n'a pas épuisé ses voies de recours) et les personnes condamnées (personne ayant fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive, les voies de recours étant épuisées).

NB : Une même personne peut être prévenue dans une affaire et condamnée dans une autre.

Personne écrouée

Personne placée sous écrou en raison d'une mesure judiciaire (titre de détention) hébergée ou non dans un établissement pénitentiaire.

L'écrou est l'acte par lequel est établie la prise en charge par l'administration pénitentiaire des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté (art. 725 du CPP). Par cet acte, le chef d'établissement atteste de la remise de la personne. À l'inverse, la levée d'écrou constate la fin de cette prise en charge.

L'écrou ne peut se faire qu'au vu d'un titre de détention, document autorisant légalement l'incarcération (art. D. 149 du CCP).

Personne détenue/incarcérée

« *Personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire* » (art. D. 50 du CPP), la personne détenue ou incarcérée est hébergée de façon continue (à temps complet) ou discontinue (à temps incomplet) au sein d'un établissement pénitentiaire.

Personne libérée

Personne qui n'est plus incarcérée et dont l'écrou est levé car ayant fini d'exécuter sa peine.

NB : Ne pas confondre la mise en liberté (écrou levé) avec les sorties de détention sous aménagement de peine (où l'écrou subsiste). La personne libérée n'est en effet plus sous écrou, à la différence des personnes en aménagement de peine.

Cas particulier de la liberté conditionnelle où la personne est libre et n'est plus sous écrou mais est toujours soumise à des mesures de contrôle et n'a pas fini d'exécuter sa peine.

PERMISSIONS DE SORTIE ET AMÉNAGEMENTS DE PEINE

Permissions de sortie et autorisations de sortie sous escorte

Personne en permission de sortie

La permission de sortie est l'autorisation donnée à une personne condamnée incarcérée de s'absenter de l'établissement pénitentiaire pendant une période déterminée pour se rendre en un lieu situé sur le territoire national (art. 723-3 et D. 142 du CPP).

Autorisation de sortie sous escorte

L'autorisation de sortie sous escorte (de police, de gendarmerie ou pénitentiaire) est une mesure exceptionnelle accordée à la personne détenue qu'elle soit prévenue ou condamnée pour se rendre par exemple aux obsèques d'un proche (art. 148-5, 723-6 et D. 425 du CPP).

Aménagements de peine

Fractionnement ou suspension de la peine

L'exécution d'une peine peut être suspendue provisoirement ou fractionnée pour motif grave d'ordre médical, familial, professionnel ou social (art. 132-27 du CP et 720-1 du CPP).
Le fractionnement d'une peine s'entend en une possibilité pour la personne condamnée d'exécuter sa peine sous forme de fractions, la suspension d'une peine comme une possibilité de différer dans le temps l'exécution de sa peine.

Placement à l'extérieur

Le placement à l'extérieur permet à une personne condamnée soit de travailler à l'extérieur, soit d'y suivre un enseignement, une formation professionnelle, de rechercher de manière assidue un emploi, de s'impliquer durablement dans tout projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion ou de suivre un traitement médical, et ce sous ou sans surveillance continue du personnel pénitentiaire (articles 132-25 et 132-26 du CP; articles 723, 723-1, 723-2, 723-4, D. 118 à D. 136 du CPP). L'activité terminée, la personne placée doit, selon la décision du juge, soit réintégrer l'établissement pénitentiaire, soit se rendre dans les locaux d'une association qui l'encadre et l'héberge, ou dans tout autre lieu fixé par le juge.

Semi-liberté

La semi-liberté permet à une personne condamnée, hors d'un établissement pénitentiaire et sans surveillance :

- d'exercer une activité professionnelle ou de rechercher un emploi ;
- de suivre un enseignement ou une formation professionnelle ;
- d'assurer une participation essentielle à la vie de sa famille ;
- de bénéficier d'un traitement médical ;
- de s'impliquer durablement dans tout autre projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive.

La personne semi-libre est astreinte à rejoindre l'établissement pénitentiaire selon les modalités déterminées par le juge de l'application des peines en fonction du temps nécessaire à l'activité en vue de laquelle il a été admis au régime de la semi-liberté (articles 132-25 et 132-26 du CP, art. 723 et suivants du CPP).

Placement sous surveillance électronique (PSE)

Le placement sous surveillance électronique fixe comporte pour la personne condamnée l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge de l'application des peines en dehors des périodes fixées par celui-ci afin que la personne condamnée puisse suivre une activité professionnelle, un enseignement ou une formation, la vie de sa famille, ou un traitement médical (art. 132-26-2 et suivants du CP et art. 723-7 du CPP).
La personne condamnée porte à la cheville un « *bracelet* » qui, couplé à un récepteur placé au lieu d'assignation, permet à l'administration pénitentiaire de s'assurer à distance de sa présence en ce lieu aux heures déterminées par le juge.

NB : Il convient de ne pas confondre le PSE avec le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) qui constitue une mesure non autonome de sûreté qui consiste, à la libération de certaines personnes condamnées dangereuses, à les soumettre au port continu d'un dispositif électronique permettant de les localiser et de déterminer à tout moment où se trouvent les intéressés (art. R. 61-21 et suivants du CPP).
Le PSEM se distingue du placement sous surveillance électronique « fixe » (PSE), qui consiste à assigner une personne en un lieu précis, à des temps déterminés.

Libération conditionnelle

La libération conditionnelle est une mesure d'individualisation de la peine qui permet à une personne condamnée d'être libérée, avant le terme de sa peine, en bénéficiant de mesures d'aide et de contrôle.
Les personnes condamnées peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle si elles manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale et lorsqu'elles justifient de l'exercice d'une activité professionnelle, d'un enseignement ou d'une formation, de la participation essentielle à la vie de leur famille, de la nécessité de suivre un traitement médical, de leurs efforts en vue d'indemniser leurs victimes ou de leur implication dans tout autre projet sérieux d'insertion ou de réinsertion (art. 729 du CPP).

TABLEAU RÉCAPITULATIF

	SITUATION JURIDIQUE DE LA PPSMJ			
	Écrouée	Détenue		Libérée
		À temps complet	À temps incomplet	
Permission de sortie	OUI	OUI	NON	NON
Autorisation de sortie sous escorte	OUI	OUI	NON	NON
Fractionnement de la peine	OUI	NON	OUI	NON
Suspension de la peine	NON	NON		NON
Placement sous surveillance électronique	OUI	NON		NON
Semi-liberté	OUI	NON	OUI	NON
Placement à l'extérieur	OUI	NON	OUI ⁴	NON
Libération conditionnelle	NON	NON	NON	OUI

⁴ Hébergé soit en établissement pénitentiaire soit à l'extérieur selon la décision du juge.



ANNEXE 2

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

LOIS

- Loi n° 85-1461 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique
- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
- Loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité
- Loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire
- Loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile
- Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs
- Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
- Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice
- Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales
- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 rénovant la protection juridique des majeurs incapables
- Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant le contrôleur général des lieux de privation de liberté
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire
- Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir les risques de récidives criminelles et portant diverses dispositions de procédure pénale
- Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au défenseur des droits
- Loi n° 2011-334 du 29 mars 2011 relative au défenseur des droits
- Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité
- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la Sécurité sociale pour 2012
- Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines

DÉCRETS

- Décret n° 65-73 du 27 janvier 1965 modifiant les circonscriptions des Directions régionales des services pénitentiaires en métropole
- Décret n° 79-534 du 3 juillet 1979 modifiant diverses dispositions du Code de procédure pénale (troisième partie : décrets) en matière d'exécution de la détention
- Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
- Décret n° 87-604 du 31 juillet 1987 relatif à l'habilitation des personnes auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions dans les établissements pénitentiaires

- Décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'État, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés
- Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues par les établissements de santé assurant le service public hospitalier
- Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires
- Décret n° 2002-424 du 28 mars 2002 fixant la liste des enquêtes administratives pouvant donner lieu à la consultation de traitements autorisés de données personnelles
- Décret n° 2002-619 du 26 avril 2002 dispositions relatives à la suspension de peine
- Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Décret n° 2006-338 du 21 mars 2006 modifiant le Code de procédure pénale (troisième partie : décrets) et relatif à l'isolement des personnes détenues
- Décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif
- Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- Décret n° 2007-931 du 15 mai 2007 relatif aux statuts d'emplois de directeur interrégional et de directeur fonctionnel des services pénitentiaires
- Décret n° 2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Décret n° 2007-1627 du 16 novembre 2007 modifiant le Code de procédure pénale et renforçant le recours aux aménagements de peines et la lutte contre la récidive
- Décret n° 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

- Décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la Justice
- Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Décret n° 2010-95 du 25 janvier 2010 relatif à l'administration centrale des ministères chargés des Affaires sociales et portant création d'une Direction générale de la cohésion sociale
- Décret n° 2010-214 du 2 mars 2010 relatif au ressort territorial, à l'organisation et aux attributions des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse
- Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé
- Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n° 2010-271 du 15 mars 2010 portant organisation de la Direction générale de l'offre de soins
- Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux
- Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé
- Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale
- Décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale
- Décret n° 2010-1668 du 29 décembre 2010 relatif aux attributions et à l'organisation des missions de l'inspecteur général des services judiciaires
- Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré
- Décret n° 2011-980 du 23 août 2011 relatif à l'armement des personnels pénitentiaires
- Décret n° 2011-1049 du 6 septembre 2011 pris pour l'application de la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité et relatif aux titres de séjour
- Décret n° 2011-1471 du 8 novembre 2011 relatif au Comité interministériel de coordination de la santé

- Décret n° 2011-2022 du 28 décembre 2011 relatif à la convocation des personnes sous suivi socio-judiciaire et à l'appel des décisions du tribunal correctionnel pour mineurs
- Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au Fonds d'intervention régional des agences régionales de santé

ARRÊTÉS

- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments
- Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées
- Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière
- Arrêté du 10 avril 2002 modifiant l'arrêté du 31 décembre 1999 pris pour l'application des art. L. 162-9 et art. L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé
- Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers
- Arrêté du 9 juillet 2008 fixant l'organisation en sous-directions de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
- Arrêté du 17 mars 2010 fixant le ressort territorial des Directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse
- Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence
- Arrêté d'application du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
- Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux
- Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande d'autorisation

- Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction
- Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2)
- Arrêté du 29 novembre 2010 relatif à l'organisation de la Direction de l'administration pénitentiaire
- Arrêté du 29 décembre 2010 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2008 fixant l'organisation en sous-directions de la Direction de l'administration pénitentiaire
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- Arrêté du 27 octobre 2011 sur la réception ou l'envoi d'objets au sein des établissements pénitentiaires
- Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé

CIRCULAIRES, INSTRUCTIONS ET NOTES

- Circulaire DGS/VS2-DSS/AM3-DH n° 32 du 26 mars 1993 relative au dépistage et au traitement de certaines IST, dans les centres de planification ou d'éducation familiale
- Circulaire 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale NOR : SPSH9403796C
- Circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996 relatives aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes
- Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire
- Note Dap du 22 janvier 1997 n° 064 relative à la lutte contre le VIH en milieu pénitentiaire
- Note Dap du 5 novembre 1997 n° 2020 relative à la distribution systématique d'eau de Javel aux personnes détenues
- Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine
- Circulaire NOR : JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée
- Circulaire DHOS/02 – DGS/SD6B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives

- Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Note interministérielle du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites
- Circulaire conjointe Justice-Santé du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires
- Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 230/02 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté
- Circulaire DHOS/DGS/DAP du 24 juillet 2003 relative au rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la suspension de peine pour raison médicale
- Circulaire du 10 février 2004 relative à la garde des femmes enceintes dans les hôpitaux
- Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues lors d'une consultation médicale NOR : JUSK 0440155C
- Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale
- Circulaire DGS/SD6D/DHOS/O2/2006/09 du 10 janvier 2006 relative à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires
- Circulaire interministérielle du 13 mars 2006 DAP/DHOS/DGPN/DGGN relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé
- Circulaire DHOS/DAP du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire applicable le 1^{er} février 2007
- Circulaire DGS/MC1/DHOS/O2/DAP/DAGE/RI/2007/272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire
- Circulaire du 20 novembre 2007 renforçant le recours aux aménagements de peines et la lutte contre la récidive sur ses dispositions relatives à l'expertise préalable aux aménagements de peine
- Circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

- Circulaire DGS/RI2/DGOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Circulaire interministérielle DGS/HOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés
- Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé
- Circulaire DHOS/O2/F2/2009/23 du 22 janvier 2009 relative au financement par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie
- Note DAP n° 509 du 15 septembre 2009
- Circulaire DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé
- Circulaire DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés
- Protocole relatif aux systèmes d'information des unités sanitaires des établissements pénitentiaires signé le 27 mai 2009, et son avenant en date du 19 décembre 2009
- Instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention
- Instruction DGS/RI1/2011/33 du 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque
- Circulaire DAP/DPJJ relative au régime de détention des mineurs (à paraître)
- Circulaire interministérielle DGOS/R4/DAP/PMJ2 ETSH 1107932C du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA
- Circulaire JUSK 1140022C du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues
- Circulaire JUSK 1140024C du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues
- Circulaire DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Note DAP/EMS1 de mars 2012
- Circulaire DAP/DACG/DPJJ JUSK 1140021C du 2 août 2011 relative à l'échange d'informations entre les services relevant du ministère de la Justice visant la prévention du suicide en milieu carcéral

- Instruction DGS/MC1/DGOS/R4 no 2011-206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires
- Instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves
- Note Dap du 30 novembre 2011 sur la réception ou l'envoi d'objets au sein des établissements pénitentiaires
- Protocole santé-justice du 16 décembre 2011 définissant les modalités d'orientation des AICS, la prise en charge pénitentiaire et judiciaire spécifique, la réalisation d'un protocole local et l'évaluation des mesures mises en œuvre
- Circulaire DAP 11400027C du 23 janvier 2012 relative au conseil d'évaluation
- Circulaire JUSK 1140029C du 20 février 2012 sur le maintien des liens extérieurs

ANNEXE 3

AVIS, RAPPORTS ET AUTRES DOCUMENTS

AVIS

HAS

- *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* avril 2005
- *Préparation à la naissance et à la parentalité*, novembre 2005
- *Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation*, juin 2006
- *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière*, janvier 2007
- *Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement*, mai 2007

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION

- Avis du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées

RAPPORTS, DOCUMENTS, OUVRAGES ET ARTICLES

RAPPORTS

ANAES

- *Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale*, mars 1999

ASSEMBLÉE NATIONALE

- Rapport d'information de l'Assemblée nationale n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice, juillet 2009

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ

- Rapport annuel d'activité 2009 du contrôleur général des lieux de privation de liberté

COUR DES COMPTES

- *Le service public pénitentiaire, prévenir la récidive, gérer la vie carcérale*, 20 juillet 2010

DAP

- Stankoff S. et Dhérot J., *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Direction générale de la santé, Direction de l'administration pénitentiaire, décembre 2000

IGAS

- « *L'organisation des soins aux détenus* », rapport d'évaluation de l'Igas, juin 2001
- Aubin C. et Jourdain-Ménninger D., *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*, octobre 2009, p. 26-28

AUTRES

- *Santé en prison, dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?*, Colloque, décembre 2004
- Rapport 2010, sous la direction du professeur Patrick Yeni, avec le soutien du ministère en charge de la Santé et des Sports sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, 19 juillet 2010

DOCUMENTS

PLANS/PROGRAMMES

- Plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral
- Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice
- Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

GUIDES

- *Guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes détenues*, septembre 2004

RECOMMANDATIONS

- Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues, recommandations de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, janvier 2006
- Des recommandations de la conférence de consensus clinique sur « *la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* », ANAES, octobre 2000

OUVRAGES ET ARTICLES

- Fried LP. Frailty. In : *Principles of geriatric medicine and gerontology*. Hazzard WR., Bierman EL., Blass JP., Ettinger WH., Halter JB., Eds. 3rd ed, New York : McGraw-Hill, Inc, 1994 ; 1149-56
- Mouquet Marie-Claude, « *La santé des personnes entrées en prison en 2003* », *Études et résultats*, n° 386, mars 2005
- Alvin P. et Marcelli D., « *Médecine de l'adolescent* », coll. Pour le praticien, Éditions Masson, 2^e édition, 2005, pages 362-363
- Bourdillon F. (sous la direction de), *Agences régionales de santé : promotion, prévention et programmes de santé, Saint-Denis*, Inpes, coll. Varia, 2009, 192 p. fiche 1 page 48
- Sannier O., « *Évaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)* », *La revue de gériatrie*, tome 35, n° 9, 2010
- « *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues* », Expertise collective de l'Inserm, 2010
- « *Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens* », *Populations et sociétés*, n° 462, décembre 2009, Ined
- Marsala V., Pautrat C., *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Igas, IGSJ, juin 2011

- « L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945 » et « Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France », *Numéro thématique du Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'INVS*, n° 47-48, décembre 2011
- ANRS Pri2de. Michel L., Jauffret-Roustide M., Blanche J., et al. *Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS-PRI2DE): implications for public health and drug policy*. BMC Public Health, 2011, vol. 11, n° 400, 29 p

LIENS

AFSSAPS

- L'AFSSAPS a diffusé une mise au point sur la conduite à tenir pour l'évaluation et le suivi psychiatrique avant, pendant et après le traitement de l'hépatite C en avril 2008 : [http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Evaluation-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiatriques-chez-les-patients-adultes-infectes-par-le-virus-de-l-hepatite-C-et-traites-par-peg-interferon-alfa-et-ribavirine-Mise-au-point/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Evaluation-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiatriques-chez-les-patients-adultes-infectes-par-le-virus-de-l-hepatite-C-et-traites-par-peg-interferon-alfa-et-ribavirine-Mise-au-point/(language)/fre-FR)

ANAP

- <http://www.anap.fr/>

ARS

- Site des agences régionales de santé : <http://www.ars.sante.fr/portail.0.html>

ASIP SANTE

- <http://esante.gouv.fr/>

DAP

- Note de la DAP du 5 novembre 1997 sur la distribution systématique d'eau de Javel aux personnes détenues : http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/744.pdf

DGS

- Note de la DGS du 21 novembre 1997 sur les modalités d'utilisation et de diffusion de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse : http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/742.pdf

FNES

- Site de la Fédération nationale d'éducation pour la santé : <http://www.fnes.fr>

HAS

- Site de la HAS : <http://www.has-sante.fr>

- Recommandation de bonnes pratiques de la HAS, prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, juillet 2009 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf
- Dépistage de l'infection par le VIH- Modalités de réalisation des tests de dépistage, octobre 2008 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations_-_depistage_de_linfection_par_le_vih_en_france_modalites_de_realisation_des_tests_de_depistage_2008-10-22_11-55-8_316.pdf
- État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, HAS, juillet 2010 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201011/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
- Site de la HAS, laquelle publie ici et actualise régulièrement des guides sur les ALD pour les professionnels de santé : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5237/affections-de-longue-duree?cid=c_5237

INPES

- Relatifs à l'actualité : <http://theseas.reseaudoc.org/opac/>
- Site de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr>
- « Prévention de l'hépatite B pour les personnes les plus exposées », Inpes, mai 2005 : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/931.pdf>
- Deux livrets didactiques sur l'hépatite C, l'un à l'usage des professionnels, l'autre à remettre aux patients, sont diffusés gratuitement sur demande par l'Inpes. Ils font le point non seulement sur la prise en charge mais également sur les conseils à dispenser aux patients : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1055.pdf>
- Un dépliant « Hépatite C – un dépistage positif, que faire ? » donne les informations utiles à délivrer aux patients en cas de dépistage positif (source Inpes) : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/717.pdf>

INVS

- Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/10_11/beh_10_11_2011.pdf
- La liste des maladies à déclaration obligatoire avec pour chaque maladie, la fiche de déclaration et un dossier thématique est disponible sur le site de INVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>
- Le tableau ci-joint précise selon les pathologies celles qui requièrent un signalement immédiat pour une intervention urgente auprès de la plate-forme de veille et de gestion des urgences sanitaires de l'agence régionale de santé (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 20 septembre 2011) : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-33-34-2011>

SANTE.GOUV

- La réforme de la loi relative aux soins psychiatriques du 24 février 2012 : <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques>

- Guide de l'injonction de soins élaboré par le ministère de la Justice, le ministère en charge de la Santé et les professionnels de santé :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf
- Différents textes réglementaires relatifs à l'éducation thérapeutique du patient :
<http://www.sante.gouv.fr/textes-reglementaires-relatifs-a-l-etp.html>
- Foire aux questions relative aux programmes d'éducation thérapeutique du patient :
<http://www.sante.gouv.fr/foire-aux-questions-relative-aux-programmes-d-education-therapeutique-du-patient,7243.html>
- Calendrier vaccinal détaillé 2012
<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>
- Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) :
<http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-les-hepatites-b-et-c-2009-2012.html>
- Site permettant la localisation des instances de coordination régionale de lutte contre l'infection au VIH
<http://www.sante.gouv.fr/corevih-localisation-des-centres.html>
- Rapport 2010 sous la direction du Pr. Patrick YENI, *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH* :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf

ANNEXE 4

LISTES DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

- AAH : Allocation adulte handicapé
- ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale
- ACS : Aide complémentaire santé
- ACT : Appartement de coordination thérapeutique
- Al : Alinéa
- AICS : Auteurs d'infractions à caractère sexuel
- ALD : Affection longue durée
- AM : Assurance maladie
- AME : Aide médicale d'État
- AMI : Acte médico-infirmier
- AMP : Aménagement de peine
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
- AP : Administration pénitentiaire
- APA : Allocation personnalisée d'autonomie
- API : Alarme portative individuelle
- APRF : Arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière
- ARH : Agence régionale d'hospitalisation
- ARS : Agence régionale de santé
- Art. : Article
- ARV : Anti rétroviraux
- ASE : Aide sociale à l'enfance
- ASH : Agent des services hospitaliers
- ASIP santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé
- Ass. : Assemblée
- AT : Accident du travail
- ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- ATU : Accueil temporaire d'urgence
- BCG : Bacille de Calmette et Guérin
- BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire
- CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
- CAF : Caisse d'allocations familiales
- Cass : Cour de cassation
- CCAA : Centres de cure ambulatoire en alcoologie
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- CE : Conseil de l'Europe

- CE : Conseil d'État
- CEL : Cahier électronique de liaison
- Ceseda : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
- CD : Centre de détention
- CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit
- CG : Conseil général
- CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté
- CGSS : Caisse générale de sécurité sociale
- CH : Centre hospitalier
- CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CIDDIST : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
- Civ. : Civil
- CIP : Conseiller en insertion professionnelle
- CLAT : Centre de lutte contre la tuberculose
- CME : Commission médicale d'établissement
- CMU : Couverture maladie universelle
- CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire
- CNE : Centre national d'évaluation
- CoDES : Comité départemental d'éducation pour la santé
- COPIL : Comité de pilotage
- COREVIH : Coordination régionale de lutte contre le VIH
- CP : Code pénal
- CP : Centre pénitentiaire
- CPA : Centre pour peine aménagée
- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPC : Code de procédure civile
- CproU : Cellule de protection d'urgence
- CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CPP : Code de procédure pénale
- CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
- CPU : Commission pluridisciplinaire unique
- CRA : Centre de rétention administrative
- CRAM : Caisses régionales d'assurance maladie
- CRCL : Commission régionale de conciliation et d'indemnisation
- CRIAVS : Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles
- CRRRA : Centre de réception et de régulation des appels
- CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- CSHPF : Conseil supérieur d'hygiène publique de France
- CSL : Centre de semi-liberté
- CSP : Code de la santé publique
- CSS : Code de la Sécurité sociale
- CSST : Centres de soins spécialisés aux toxicomanes
- CTV : Comité technique des vaccinations
- DAP : Direction de l'administration pénitentiaire
- DACG : Direction des affaires criminelles et des grâces
- DACS : Direction des affaires civiles et du Sceau

- DAF : Dotation annuelle de fonctionnement
- DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DIF : Délégation interministérielle à la famille
- DIIESES : Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale
- DIPH : Délégué interministériel aux personnes handicapées
- DIRPJJ : Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse
- DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires
- DG : Directeur général
- DGAS : Direction générale de l'action sociale
- DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
- DGGN : Direction générale de la gendarmerie nationale
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- DGPN : Direction générale de la police nationale
- DGS : Direction générale de la santé
- DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DMP : Dossier médical personnel
- DO : Déclaration obligatoire
- DOM : Département d'outre-mer
- DPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
- DPS : Détenu particulièrement signalé
- DPU : Dotation de protection d'urgence
- DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.
- DSJ : Direction des services judiciaires
- DSP : Dispositif de soins psychiatriques
- DSPMP : Dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire
- DSS : Direction de la Sécurité sociale
- DSS : Dispositif de soins somatiques
- DTPJJ : Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse
- ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie
- EOH : Équipe opérationnelle d'hygiène
- EP : Établissement pénitentiaire
- EPM : Établissement pour mineurs
- EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses
- EPSM : Établissement public de santé mentale
- EPSNF : Établissement public de santé national de Fresnes
- ERIS : Équipe régionale d'intervention et de sécurité
- ETP : Éducation thérapeutique du patient
- ETP : Équivalent temps plein
- FAM : Foyers d'accueil médicalisé
- FFM : Forfait frais matériel
- FJH : Forfait journalier hospitalier

- FNES : Fédération nationale d'éducation pour la santé
- GDS : Garde des Sceaux
- GHS : Groupe homogène de séjour
- HAS : Haute autorité de santé
- HCSP : Haut conseil de santé publique
- HdJ : Hospitalisation de jour
- H0 : Hospitalisation d'office
- HPST : Hôpital patient santé territoire
- IC : Indice de confiance
- IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- IGSJ : Inspection générale des services judiciaires
- IIM : Infection invasive à méningocoque
- INPES : Institut national de prévention et éducation pour la santé
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- INVS : Institut national de veille sanitaire
- IRC : Insuffisance rénale chronique
- IREPS : Institut régional d'éducation et de promotion de la santé
- IS : Injonction de soins
- ISP : Inspection des services pénitentiaires
- ISPJJ : Inspection des services de la protection judiciaire de la jeunesse
- IST : Infections sexuellement transmissibles
- ITF : Interdiction du territoire français
- ITT : Interruption temporaire de travail
- IVG : Interruption volontaire de grossesse
- JAP : Juge d'application des peines
- JE : Juge des enfants
- JLD : Juge des libertés et de la détention
- JO : Journal officiel
- LC : Libération conditionnelle
- LOPJ : Loi d'orientation et de programmation pour la justice
- LPP : Liste des produits et des prestations
- MA : Maison d'arrêt
- MARS : Médecin de l'agence régionale de santé
- MAS : Maison d'accueil spécialisée
- MC : Maison centrale
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
- MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
- MIGAC : Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
- MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- MOM : Mission d'outre-mer
- MP : Maladie professionnelle
- MSP : Mission de service public
- NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
- NIR : Numéro d'identification au répertoire
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- OQOS : Objectif quantifié de l'offre de soins

- QQTF : Obligation de quitter le territoire français
- PACS : Pacte civil de solidarité
- PAD : Point d'accès au droit
- PAI : Projet d'accueil individualisé
- PCH : Prestation de compensation du handicap
- PE : Placement à l'extérieur
- PEP : Parcours d'exécution des peines
- PIP : Plan individuel de protection
- PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
- PMI : Protection maternelle et infantile
- PPR : Programme de prévention de la récidive
- PPSMJ : Personne placée sous main de justice
- PRS : Plan régional de santé
- PS : Permission de sortie
- PSA : Antigène spécifique de la prostate
- PSE : Placement sous surveillance électronique
- PSEM : Placement sous surveillance électronique mobile
- PSRS : Plan stratégique régional de santé
- PUI : Pharmacie à usage intérieur
- QD : Quartier disciplinaire
- QM : Quartier mineur
- Rec : Recueil
- RIS : Recueil information santé
- RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- RSA : Revenu de solidarité active
- SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
- SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- SAMU : Service d'aide médicale urgente
- SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
- SEFIP : Surveillance électronique de fin de peine
- SDFE : Service des droits des femmes et de l'égalité
- SL : Semi-liberté
- SMPR : Service médico-psychologique régional
- SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance
- SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
- SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
- SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
- SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
- SSJ : Suivi socio-judiciaire
- SROS : Schéma régional d'organisation des soins
- SROMS : Schéma régional d'organisation médico-social
- SRP : Schéma régionaux de prévention
- TAP : Tribunal d'application des peines

- TIAC : Toxi-infections alimentaires communes
- TM : Ticket modérateur
- TSO : Traitements de substitution aux opiacés
- UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires
- UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée
- UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale
- UMD : Unité pour malades difficiles
- URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie
- VHB : Virus de l'hépatite B
- VHC : Virus de l'hépatite C
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Un comité de pilotage a été mis en place en janvier 2010. Il s'est réuni mensuellement jusqu'en mars 2012. Le pilotage et l'animation de ces travaux ont été assurés par la direction de projet « *politique de santé des personnes détenues* » du ministère en charge de la Santé. Nous tenons à remercier tous les membres de ce comité ainsi que toutes les personnes ayant participé aux travaux, à la rédaction et à la relecture de ce guide.

Pour le ministère en charge de la Santé :

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
La Direction générale de la santé (DGS)
La Direction de la Sécurité sociale (DSS)
La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Les représentants des ARS
Les représentants des directeurs d'hôpitaux
Les représentants des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire (APSEP, ASPMP)
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Pour le ministère de la Justice :

La Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)
La Direction de la protection judiciaire et de la jeunesse (DPJJ)
La Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG)
Les représentants des directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP)
Les représentants des chefs d'établissements pénitentiaires

Nous remercions plus particulièrement trois internes de santé publique (Aurélie Fourcade, Gregory Emery, Paul Loubet) qui chacun, au cours de leur stage, ont largement contribué à l'aboutissement de ce document.

