PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE LA JUSTICE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Édition 2017

PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

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, 2017
© Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION 6
LOIS CADRES 7

LIVRE 1 STRUCTURES INSTITUTIONNELLES CHARGÉES DE L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE P. 11 > 45

CAHIER 1 ▸ LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ 13
CAHIER 2 ▸ LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE 21
CAHIER 3 ▸ LA COORDINATION DES STRUCTURES SANTÉ-JUSTICE 29
CAHIER 4 ▸ LE CONTRÔLE ET LE RECOURS 39

LIVRE 2 RÉGLEMENTATION ET DROITS APPLICABLES À LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES P. 47 > 127

CAHIER 1 ▸ RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS SANITAIRES 49
CHAPITRE 1 – Confidentialité, secret médical et soins appropriés 51
CHAPITRE 2 – Le dossier médical 65
CHAPITRE 3 – Les certificats 77
CHAPITRE 4 – Habilitation et autorisation d'accès 87
CHAPITRE 5 – Sécurité au sein de l'établissement 95
CAHIER 2 ▸ RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS PÉNITENTIAIRES 101
CAHIER 3 ▸ DROITS DES PERSONNES DÉTENUES 111

LIVRE 3 ORGANISATION DU DISPOSITIF SANITAIRE P. 129 > 225

CAHIER 1 ▸ ORGANISATION ET MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ 131
CHAPITRE 1 – Organisation 133
CHAPITRE 2 – Les trois niveaux de prise en charge 137
CHAPITRE 3 – Personnels et équipements des USMP 143
CAHIER 2 ▸ ORGANISATION DES CONSULTATIONS SANITAIRES ET PRISE EN CHARGE DE GROUPE AU SEIN DE L'USMP 153

CAHIER 3 ▸ ORGANISATION DES CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS EN DEHORS DE L'USMP 169
CAHIER 4 ▸ ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS 193
CAHIER 5 ▸ PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE 199
CAHIER 6 ▸ ORGANISATION DU PARTAGE DE L'INFORMATION 211
CAHIER 7 ▸ LES EXPERTISES MÉDICALES 221

LIVRE 4 ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES P. 227 > 343

CAHIER 1 ▸ PRISE EN CHARGE DES MALADIES TRANSMISSIBLES 229
CHAPITRE 1 – Maladies à prévention vaccinale 231
CHAPITRE 2 – Maladies à déclaration obligatoire 235
CHAPITRE 3 – Maladies infectieuses sans déclaration obligatoire 251
CHAPITRE 4 – Prévention et réduction des risques infectieux 257
CAHIER 2 ▸ PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 265
CAHIER 3 ▸ PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES 275
CAHIER 4 ▸ PRÉVENTION, REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DU SUICIDE 287
CAHIER 5 ▸ PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL (AICS) 303
CAHIER 6 ▸ PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS 317
CAHIER 7 ▸ PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES 327
CAHIER 8 ▸ PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES 343

LIVRE 5 PERMISSION DE SORTIR ET AMÉNAGEMENTS DE PEINE POUR RAISON MÉDICALE P. 345 > 348

LIVRE 6 ORGANISATION DE L'ÉDUCATION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE P. 349 > 360

LIVRE 7 DROITS SOCIAUX ET FINANCEMENTS DES SOINS P. 361 > 421

CAHIER 1 ▸ **LA PROTECTION SOCIALE** 363

CHAPITRE 1 – Ouverture du droit 365

CHAPITRE 2 – Contenu de la prise en charge 373

OUTILS ANNEXÉS AU CAHIER SUR LA PROTECTION SOCIALE 393

CAHIER 2 ▸ **LES MODALITÉS FINANCIÈRES DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES ÉCROUÉES** 409

ANNEXES P. 423 > 451

Annexe I ▸ **PROTOCOLE CADRE ENTRE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE ET LE OU LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ CHARGÉS DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES** 424

Annexe II ▸ **TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES** 435

Annexe III ▸ **GLOSSAIRE** 442

Annexe IV ▸ **LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES** 446

INTRODUCTION

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 sa situation sanitaire particulière mais également celle du contexte du monde carcéral et de 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 quatrième édition de celui initialement publié fin 1994. Il tient compte des nouvelles et nombreuses dispositions législatives et réglementaires intervenues depuis sa précédente édition en octobre 2012.

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 majeures ou mineures. 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.
Ce guide fait l'objet d'une publication numérique sur les sites du ministère des Solidarités et de la Santé et du ministère de la Justice. La version en ligne est complétée des dernières mises à jour.

LOIS-CADRES

ORDONNANCE N° 45-174 DU 2 FÉVRIER 1945 RELATIVE À L'ENFANCE DÉLINQUANTE

Ce texte régissant le droit pénal applicable aux mineurs est considéré comme l'acte fondateur de la justice pénale des mineurs en France. De multiples textes sont venus modifier les dispositions de l'ordonnance de 1945, dont les plus importants dans le cadre de l'application des peines sont les suivants :

- **la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice**, qui a posé le principe d'une intervention continue des éducateurs au sein de la détention et a créé des établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs (EPM) ;
- **la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité**, qui a modifié les dispositions des articles 20-9 et 20-10 de l'ordonnance de 1945 en ce que le juge des enfants exerce les fonctions dévolues au juge d'application des peines par le Code pénal (CP) et le Code de procédure pénale (CPP).

Ce dernier texte pose donc le principe général de compétence des juridictions spécialisées pour mineurs en matière d'application des peines, tant pour les mesures restrictives de liberté que pour celles privatives de liberté. La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) devient aussi chargée, à l'égard des mineurs, des missions précédemment attribuées aux services d'insertion et de probation, confortant ainsi son action dans un champ de compétence pénale.

Ces dispositions ont entraîné une modification des règles de fond, de procédure et d'organisation judiciaire concernant l'application des peines des mineurs. Aujourd'hui, le juge des enfants et la PJJ préparent, mettent en œuvre et assurent le suivi des aménagements de peines pour les mineurs libres ou incarcérés.

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 chargé 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 des personnes détenues** à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

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

Le nombre de personnes détenues atteintes de troubles mentaux est important et en augmentation. Afin d'améliorer leurs conditions d'accès aux soins, la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (art. 48) a apporté d'importantes modifications au Code de la santé publique (CSP).

Ces dispositions excluent la possibilité d'hospitalisation à temps complet au sein d'un établissement pénitentiaire. Désormais, les hospitalisations doivent être réalisées en milieu hospitalier, de préférence dans des unités hospitalières spécifiquement aménagées pour recevoir des personnes détenues (UHSA). Ces unités sont créées dans l'objectif de recevoir pour une durée indéterminée les personnes détenues hospitalisées, avec ou sans leur consentement, 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 deux 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 également voulu renforcer l'action éducative auprès des mineurs détenus, d'une part, en inscrivant l'intervention continue des éducateurs de la PJJ au sein des quartiers pour mineurs et, d'autre part, en créant de nouveaux établissements pénitentiaires entièrement voués à l'accueil de ces publics (EPM).

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 (*Journal officiel* 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 relève de la compétence des ARS (art. L. 1431-1 du CSP), les objectifs et les moyens dédiés étant fixés par le schéma régional de santé, en articulation avec le projet régional de santé (art. L. 1434-1 et L. 1434-2 du CSP).

LOI N° 2009-1436 DU 24 NOVEMBRE 2009 PÉNITENTIAIRE

Plusieurs facteurs justifient 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 :
- la clarification des 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 ;
- le renforcement de la prévention de la récidive, avec le développement des mesures en milieu ouvert et des aménagements de peine ;
- la reconnaissance de la condition juridique de la personne détenue ;
- le rappel du bénéfice de ses droits, notamment civiques, sociaux, religieux, familiaux et professionnels qui n'est limité que par les seules contraintes inhérentes à la détention ;
- l'élévation des principes généraux relatifs aux régimes de détention au niveau législatif (répartition des personnes condamnées, régime disciplinaire, isolement, règlements intérieurs, encellulement individuel, etc.) ;
- la meilleure reconnaissance des personnels pénitentiaires 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 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 sanitaire, 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[1] ;
- au secret de la consultation ;
- 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 ;
- à s'entretenir, hors de la présence du personnel pénitentiaire, avec des personnes de confiance, les personnes majeures accompagnant les personnes mineures ou les bénévoles intervenant auprès des malades en fin de vie.

1. Art. 48 de la loi pénitentiaire 2009.

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

LOI N° 2014-896 DU 15 AOÛT 2014 RELATIVE À L'INDIVIDUALISATION DES PEINES ET RENFORÇANT L'EFFICACITÉ DES SANCTIONS PÉNALES

La loi du 15 août 2014 vise à réformer la politique de prévention de la récidive, en diminuant le nombre de victimes tout en garantissant la réinsertion des personnes condamnées : punir plus efficacement pour mieux prévenir la récidive. Pour y parvenir, le texte prévoit notamment la suppression des peines planchers, la création d'une nouvelle peine en milieu ouvert (la contrainte pénale), qui s'accompagne d'obligations et d'interdictions pour la personne condamnée, la mise en place d'un rendez-vous obligatoire aux deux tiers de la peine et le renforcement des droits des victimes.

Cette loi a par ailleurs également modifié de manière substantielle les conditions d'octroi de la suspension de peine pour raison médicale et créé à ce titre deux nouvelles mesures :

- **la mise en liberté pour motif médical** (art. 147-1 du CPP) des personnes prévenues ;
- **la libération conditionnelle pour raison médicale** (art. 729 du CPP) des personnes condamnées bénéficiant d'une suspension de peine pour raison médicale depuis plus de trois ans et dont l'état de santé est toujours durablement incompatible avec le maintien en détention.

LOI N° 2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

La loi du 26 janvier 2016 redéfinit la politique nationale de santé qui tend à garantir le droit de chacun à la protection de sa santé ; cette politique vise l'amélioration de l'état de santé de la population en renforçant les droits et la sécurité des patients et leur accès effectif dès le plus jeune âge à la prévention et aux soins.

Plusieurs dispositions de la loi portent sur la santé en milieu pénitentiaire, notamment concernant les repérages et dépistages à l'entrée en détention et la politique de réduction des risques et des dommages. La loi précise en outre que les personnes détenues bénéficient également de certaines mesures protectrices des droits des patients, comme la mise en place du registre des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie assurant des soins sans consentement.

Livre 1

STRUCTURES INSTITUTIONNELLES CHARGÉES DE L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

CAHIER 1 ▸ **LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ** P. 13 > 19

CAHIER 2 ▸ **LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE** P. 21 > 27

CAHIER 3 ▸ **LA COORDINATION DES STRUCTURES SANTÉ-JUSTICE** P. 29 > 37

CAHIER 4 ▸ **LE CONTRÔLE ET LE RECOURS** P. 39 > 45

CAHIER 1

LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

P. 13 > 19

FICHE 1
NIVEAU NATIONAL

1 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)

Instituée par le décret du 15 mars 2010, la DGOS est aujourd'hui au cœur d'une nouvelle gouvernance du système de santé. Elle s'inscrit dans une logique de pilotage stratégique et d'élaboration des politiques publiques de santé, d'animation et d'appui à leur mise en œuvre, ainsi que d'évaluation.

Promouvant une approche globale de l'offre de soins intégrant la ville et l'hôpital, elle favorise une réponse adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers, et veille à garantir l'efficience et la qualité de l'offre de soins, dans le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier.

Les missions de la DGOS sont toutes orientées vers un objectif majeur : penser et construire l'offre de soins d'aujourd'hui et de demain. Cela, en concertation étroite avec les décideurs institutionnels, l'assurance maladie, les interlocuteurs professionnels, les représentants des patients et des usagers de la santé.

Intégrant les exigences des parcours de santé, de soins et de vie des patients, la DGOS est en lien constant avec les agences régionales de santé (ARS), qui déclinent en région les politiques de santé. Elle participe activement à leur conseil national de pilotage.

2 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (DGS)

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

Son action se poursuit à travers quatre grands objectifs : préserver et améliorer l'état de santé de la population, protéger la population des menaces sanitaires, garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé, et mobiliser et coordonner les partenaires.

La DGS propose les objectifs et les priorités de la politique de santé publique, fixe le cadre législatif et réglementaire, élabore les plans de santé publique ainsi que les programmes nationaux de santé et en assure la mise en œuvre.

Elle assume la responsabilité de la veille et la sécurité sanitaires, en garantissant la capacité du système de santé à détecter, à analyser et à gérer les alertes et les situations sanitaires exceptionnelles.

Elle agit pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Elle défend les droits des personnes malades et des usagers, encourage leur participation à la politique de santé et à son fonctionnement, assure le respect des règles de déontologie et la prévention des conflits d'intérêts.

Outre la sécurité des soins, elle est responsable de la qualité des pratiques professionnelles, des recherches biomédicales et des produits de santé et assure leur prise en charge par l'assurance maladie.

Afin de mener à bien ses missions et coordonner leur mise en œuvre effective, la DGS assure la tutelle des agences sanitaires, participe au pilotage des ARS et à l'animation des partenaires.

Enfin, elle définit, impulse et soutient la position française lors de l'élaboration des textes ou de l'examen des questions de santé ou de sécurité sanitaire, au sein des instances européennes et internationales.

3 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (DSS)

La DSS assure la tutelle des organismes de sécurité sociale, telles que les caisses du régime général, 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.

4 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE (DGCS)

La DGCS est une direction d'administration centrale travaillant sous l'autorité, ou à la disposition, de plusieurs ministres et secrétaires d'État. Sur un plan administratif, elle est gérée par le ministère des Solidarités et de la Santé et par le secrétariat général des ministères sociaux. Elle a pour mission de concevoir, de piloter et d'évaluer les politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité, afin de favoriser la cohésion sociale et le soutien à l'autonomie des personnes. La DGCS gère quatre programmes budgétaires et assure la préparation et le suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour le secteur médico-social.

Elle coordonne et met en cohérence, dans une approche préventive et intégrée, **sept politiques publiques thématiques :**

- prévention et lutte contre les exclusions et la pauvreté, développement de l'inclusion sociale et de l'insertion des personnes en situation de précarité ;
- hébergement et accès au logement des personnes sans abri ou mal logées ;
- autonomie des personnes handicapées ;
- autonomie des personnes âgées ;
- politique familiale et protection de l'enfance et des personnes vulnérables ;
- droit des femmes et égalité réelle entre les femmes et les hommes ;
- promotion de l'innovation et de l'expérimentation sociale, notamment au sein de l'économie sociale et solidaire.

Elle pilote par ailleurs deux politiques publiques transversales :

- financement des établissements et des services sociaux et médico-sociaux ;
- définition du cadre d'intervention des professionnels du travail social et de l'intervention sociale.

La DGCS participe au pilotage de trois réseaux territoriaux :

- les ARS ;
- les services déconcentrés ;
- le réseau déconcentré des droits des femmes, animé directement par la DGCS.

5 - RÔLE ET MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, L'AGENCE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (ANSP)

Créée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Santé publique France regroupe désormais, en une seule entité, l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), ainsi que le groupement d'intérêt public Addictions, drogues, alcool info service (Adalis).

Santé publique France répond au besoin de créer un centre de référence en santé publique en France, assurant la continuité du service, de la connaissance à l'intervention. Elle vise à anticiper, à comprendre et à agir, pour la santé de tous.

L'ANSP se voit ainsi confier six principales missions : observation épidémiologique, veille sur les risques sanitaires menaçant les populations, promotion de la santé et réduction des risques, développement de la prévention et de l'éducation pour la santé, préparation et réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires, et enfin lancement de l'alerte sanitaire.

FICHE 2
NIVEAU RÉGIONAL

1 - RÔLE ET MISSIONS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

La création des ARS résulte de la loi du 21 juillet 2009. Elles ont été mises en place le 1er 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, notamment les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Elles reprennent tout ou partie de leurs attributions.

En application de l'article L. 1431-2 du CSP, tel que modifié par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les ARS sont chargées d'organiser l'offre de services de santé. Ainsi, elles s'emploient à répondre aux besoins en matière de prévention et de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. Elles veillent à ce que l'offre soit adaptée et bien répartie sur le territoire, pour satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, les ARS évaluent les besoins sanitaires des personnes détenues, définissent et régulent l'offre de soins et de prévention en milieu pénitentiaire. Elles sont également chargées d'arrêter le projet territorial de santé mentale. Enfin, elles pilotent la commission régionale santé-justice.

Depuis la réforme territoriale portée par la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, le nombre des ARS métropolitaines est passé de 20 à 13.

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

L'organisation et les compétences des services déconcentrés régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ont été modifiées par le décret n° 2015-1867 du 30 décembre 2015.

Depuis le 1er janvier 2016, dans huit nouvelles régions, une direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) assure des missions régionales pour le nouveau découpage régional et des missions départementales pour le département chef-lieu.

Les régions dotées de DRJSCS sont les suivantes : Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Normandie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Dans les autres régions métropolitaines (Île-de-France, Hauts-de-France, Occitanie, Bretagne et Corse) une direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) assure les missions régionales. Les missions départementales sont assurées par les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ou de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP).

Pour La Réunion, la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique et Mayotte, une direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) assume les missions régionales et départementales.

Les compétences départementales correspondent au niveau de mise en œuvre privilégié de l'action de proximité, tandis que le niveau régional est conforté dans son rôle stratégique de mise en œuvre des politiques.

Ainsi, l'intervention des services au niveau régional concerne plus particulièrement :

1 - l'animation et la coordination des politiques publiques de la cohésion sociale, du sport, de la jeunesse, de la vie associative et de l'éducation populaire, ainsi que des politiques relatives à l'égalité et à la citoyenneté, et au développement de l'emploi, dans ce champ de compétence ;
2 - la planification, la programmation, le financement, le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre ;
3 - l'observation des politiques dans les champs de la cohésion sociale, de la jeunesse, de l'éducation populaire, des sports et de la vie associative.

FICHE 3

NIVEAU LOCAL : LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

En application des articles L. 6111-1 et suivants et L. 6112-1 et suivants du CSP, tels que modifiés par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les établissements de santé assurant le service public hospitalier délivrent les soins à toute personne qui recourt à leurs services. Ils mènent en outre des actions de prévention et d'éducation à la santé et peuvent participer à la formation, à l'enseignement et à la recherche. Dans ce cadre, ils dispensent des soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier.

CAHIER 2

LES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE

P. 21 > 27

FICHE 1
NIVEAU NATIONAL

1 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE (DAP)

La DAP 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 ;
- une mission de prévention de la récidive, en préparant la population pénale à sa sortie et en assurant le suivi des mesures et des peines exécutées en milieu libre.

La DAP pourvoit également aux équipements nécessaires à la prise en charge de la population pénale.

2 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE (DPJJ)

La DPJJ est la Direction de la justice des mineurs. À ce titre, elle :
- contribue à l'élaboration et à l'application des textes concernant les mineurs délinquants et les mineurs en danger : projets de lois, décrets et textes d'organisation ;
- apporte aux magistrats une aide permanente à la décision, pour les mineurs délinquants comme pour les mineurs en danger, notamment par des mesures dites « d'investigation » permettant d'évaluer la personnalité et la situation des mineurs ;
- met en œuvre les décisions des tribunaux pour enfants dans les 1 250 structures de placement et de milieu ouvert (216 structures d'État, 1 034 structures associatives habilitées) ;
- assure le suivi éducatif des mineurs détenus ;
- contrôle et évalue l'ensemble des structures publiques et associatives habilitées accueillant des mineurs sous mandat judiciaire.

3 - RÔLE ET MISSIONS DE LA DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES (DACG)

La DACG 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.

FICHE 2

NIVEAU RÉGIONAL ET DÉPARTEMENTAL

1 - RÔLE ET MISSIONS DES DIRECTIONS INTERRÉGIONALES DES SERVICES PÉNITENTIAIRES (DISP)

Services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, les DISP ont une mission d'administration, de gestion et de contrôle des services pénitentiaires dans une ou plusieurs régions administratives.

L'arrêté du 29 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 27 décembre 2016 « *fixant le ressort territorial des directions interrégionales de l'administration pénitentiaire et de la mission des services pénitentiaires de l'outre-mer* » divise en neuf régions pénitentiaires le territoire métropolitain. Les sièges des DISP sont respectivement situés à Bordeaux, à Dijon, à Lille, à Lyon, à Marseille, à Paris, à Rennes, à Strasbourg et à Toulouse. Il existe de plus une DISP de l'outre-mer (MOM) dont la compétence géographique s'étend sur les départements et territoires d'outre-mer.

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

2 - RÔLE ET MISSIONS DES SERVICES PÉNITENTIAIRES D'INSERTION ET DE PROBATION (SPIP)

Organes déconcentrés de l'administration pénitentiaire au niveau départemental, les SPIP sont placés sous l'autorité de directeurs fonctionnels d'insertion et de probation. Ils regroupent l'ensemble des travailleurs sociaux et disposent des 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, en les aidant à préparer leur réinsertion sociale et en favorisant 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.

3 - 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 et la note d'organisation territoriale du 22 septembre 2016[1], publiée le 6 décembre 2016, les organisent en trois niveaux hiérarchisés : interrégional, territorial et local avec les établissements et services.

Les DIRPJJ (au nombre de neuf) ont compétence sur plusieurs régions administratives, en métropole et en outre-mer.

Les DTPJJ ont compétence sur un ou plusieurs départements.

Le niveau interrégional est chargé de la déclinaison en objectifs stratégiques des orientations nationales. Il concentre les actions d'administration, de gestion, de contrôle et d'évaluation en vue de garantir la qualité de la prise en charge.

Le niveau territorial est dédié au pilotage et au contrôle de l'activité des structures de prise en charge du secteur public (SP) et du secteur associatif habilité (SAH) ainsi qu'au déploiement des politiques publiques dédiées ou concourant aux dispositifs de protection de l'enfance et de la justice des mineurs.

Les établissements et services assurent la prise en charge des jeunes relevant de mesures judiciaires. Ils garantissent une réponse adaptée aux besoins des mineurs par l'élaboration d'un projet personnalisé. Afin d'en assurer une meilleure prise en charge, ils coordonnent leur action avec celle des collectivités publiques. Ils organisent également des actions de prévention de la délinquance.

1. Note d'organisation territoriale NORJUSF1631235N du 22 septembre 2016.

FICHE 3

NIVEAU LOCAL : LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Lieu d'exécution de la peine privative de liberté ou de la détention provisoire, l'établissement pénitentiaire 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, l'existence d'un greffe judiciaire constitue l'élément fondateur de la notion d'établissement pénitentiaire[2].

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

1 - 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.

2 - 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 définitivement 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,

2. Art. 724 et D. 149 du CPP.

les personnes détenues réputées dangereuses ou celles pour lesquelles 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 d'aménagement de peine sous forme de semi-liberté ou de placement extérieur.

Les centres pénitentiaires sont des établissements de type mixte comprenant au moins deux quartiers accueillant des régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale), mais disposant d'un greffe judiciaire unique.

3 - LES ÉTABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES

Les conditions de détention des mineurs reposent sur le principe essentiel de **séparation en détention des mineurs et des majeurs**[3].

La détention des mineurs répond également à un autre principe : l'intervention continue des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse. Cela implique la mise en œuvre d'un travail pluridisciplinaire et positionne le service éducatif de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) dans toutes les décisions liées à la gestion de la détention.

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, d'un établissement pour peine ou de l'un des six établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM[4]). Pour les jeunes filles détenues, la Direction de l'administration pénitentiaire et la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse ont prévu le regroupement des mineures dans sept établissements pénitentiaires[5], afin d'éviter les situations d'isolement et de dédier des moyens spécifiques pour ce public.

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.

3. Art. R. 57-9-11 du CPP.
4. Dont la liste est fixée par les art. A. 43-2 et A. 43-3 du CPP.
5. Les EPM de Lavaur, de Meyzieu et de Quiévrechain, la maison d'arrêt d'Épinal, le centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes, la maison d'arrêt pour femmes de Fleury-Mérogis et le centre pénitentiaire pour femmes de Rennes.

CAHIER 3

LA COORDINATION DES STRUCTURES SANTÉ-JUSTICE

P. 29 > 37

FICHE 1

AU NIVEAU NATIONAL : LE COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SANTÉ-JUSTICE

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 est présidé conjointement par le garde des Sceaux et le ministre chargé de la Santé, ou leurs représentants.

Sont en outre membres du comité interministériel les directeurs d'administration centrale du ministère de la Justice (Direction de l'administration pénitentiaire [DAP], Direction de la protection judiciaire de la jeunesse [DPJJ], Direction des affaires criminelles et des grâces [DACG]) et du ministère chargé de la Santé (Direction générale de la santé [DGS], Direction générale de l'offre de soins [DGOS], Direction générale de la cohésion sociale [DGCS], Direction de la Sécurité sociale [DSS]), ou leurs représentants.

Le secrétariat est assuré alternativement par le ministère de la Justice et par le ministère chargé de Santé.

Le comité interministériel se réunit au minimum une fois par an. Il 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 des 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.

FICHE 2
AU NIVEAU RÉGIONAL

1 - LA COMMISSION SANTÉ-JUSTICE

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.

L'objectif est de disposer au niveau régional d'une structure de coordination, de concertation et d'échanges. Une instruction adressée aux directeurs généraux (DG) leur demande la mise en place de la commission régionale santé-justice[1].

La commission régionale santé-justice se réunit au moins une fois par an. Elle est chargée d'examiner :
- toute question d'ordre général se rapportant à la protection sociale et 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 droit : le directeur général de l'agence régionale de santé qui préside cette commission, le préfet de région, le chef de cour 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 ses fonctions.

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

2 - INSTANCES DE CONCERTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : NIVEAU DE RECOURS DES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX (SMPR)

Ce niveau de recours « régional » concerne les soins en santé mentale : des textes réglementaires confient aux SMPR des missions régionales. La mission de coordination régionale, et interrégionale entre SMPR et dispositif de soins psychiatriques des unités sanitaires, peut se décliner en activités :

- **de coopération avec les secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire et infanto-juvénile et d'articulation avec les unités hospitalières spécifiquement aménagées (UHSA)**. Cette mission concerne, à titre d'exemple :
  - l'évaluation de situations cliniques,
  - l'élaboration de cadres thérapeutiques – par exemple sur des populations particulières –, du contenu des prises en charge des personnes présentant des addictions, des AICS[2], 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 ;
- de rôle d'interface avec les autorités de tutelle ;
- **de mise en place,** au niveau régional, de formations initiales (étudiants hospitaliers, internes, stages d'Institut de formation en soins infirmières [IFSI], etc.) et de formations continues.

Les SMPR doivent ainsi pouvoir mettre en place un véritable réseau régional des professionnels de santé exerçant dans le champ de la santé mentale.

3 - COORDINATION INTERRÉGIONALE SANTÉ-JUSTICE

L'organisation territoriale, à un niveau régional pour le ministère chargé de la Santé (représenté par les treize ARS métropolitaines et les quatre ARS outre-mer) et interrégional pour le ministère de la Justice (représenté par les neuf directions interrégionales des services pénitentiaires [DISP] et les directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse [DIRPJJ]), milite pour une coordination des ARS relevant d'une même direction interrégionale.

Les directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse (DTPJJ), comprenant un ou plusieurs départements administratifs, reçoivent délégation des directions interrégionales, pour coordonner l'inscription de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) dans les politiques publiques. Elles sont les interlocuteurs des ARS.

2. Auteurs d'infraction à caractère sexuel.

De même, les missions interrégionales des UHSI[3] et des UHSA militent pour une politique de santé coordonnée entre les 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.

3. Unités hospitalières sécurisées interrégionales.

FICHE 3
AU NIVEAU LOCAL

La coordination de proximité concerne le fonctionnement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Cette coordination vise à préciser les modalités de concertation entre les unités de soins somatiques et psychiatriques (incluant si nécessaire la pédopsychiatrie) et les directions des établissements pénitentiaires, sanitaires et éducatifs le cas échéant.

Le premier niveau porte sur la coordination « fonctionnelle ». Il implique que les dispositifs de soins somatiques et dispositifs de soins psychiatriques 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.

Les principes retenus pour permettre d'assurer la prise en charge globale du patient sont :
- une organisation commune de l'accueil des arrivants, précisant et rendant identifiables les rôles de chacun 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), inscrites dans le protocole cadre, faciliteront ce type de démarche.

Le deuxième niveau traite de l'organisation « institutionnelle » entre les unités sanitaires et les directions des établissements sanitaires, pénitentiaires et éducatifs le cas échéant. L'objectif est d'assurer la gestion et le suivi des questions relatives à l'organisation générale, qu'il s'agisse de questions matérielles, logistiques, informatiques ou liées au suivi des données d'activité.

Les principes retenus sont :
- tous les établissements de santé concernés désignent un directeur référent chargé de ces questions 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 traite de l'organisation des actions de promotion de la santé destinées aux personnes détenues. Ces actions nécessitent une coordination entre les équipes de l'USMP et celles de l'administration pénitentiaire, ainsi que des partenaires institutionnels et des intervenants associatifs.

1 - LE CONSEIL D'ÉVALUATION DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

La commission de surveillance a été supprimée et remplacée par le conseil d'évaluation, depuis le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010. Institué auprès de chaque établissement pénitentiaire, le conseil d'évaluation est chargé d'évaluer les conditions de fonctionnement de l'établissement et de proposer, le cas échéant, toutes mesures de nature à les améliorer.

Le conseil est présidé par le préfet du département dans lequel est situé l'établissement pénitentiaire. Le président du tribunal de grande instance, dont dépend l'établissement pénitentiaire, et le procureur de la République près ledit tribunal sont désignés en qualité de vice-présidents. Sa composition est arrêtée par son président et comprend notamment le directeur général de l'ARS, le président du conseil départemental ou son représentant (art. D. 234 du CPP).

Le conseil d'évaluation se réunit au moins une fois par an, sur convocation du président et des vice-présidents, qui fixent conjointement l'ordre du jour (art. D. 235 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).

Le conseil est destinataire du rapport annuel d'activité de l'établissement, 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 (art. D. 237 du CPP).

Le conseil d'évaluation établit un procès-verbal de ses réunions, qu'il transmet au directeur interrégional des services pénitentiaires de la circonscription dans laquelle est situé l'établissement. Le directeur interrégional des services pénitentiaires transmet ce procès-verbal assorti de ses observations au garde des Sceaux (art. D. 238 du CPP).

2 - LE 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 (art. 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'ARS, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le ou les directeurs 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.

3 - 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 et 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, elle associe également les services éducatifs de la PJJ et de l'Éducation nationale.

La commission santé 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 d'informer les différents professionnels sur leurs compétences et leurs limites d'intervention.

Enfin, la commission doit favoriser la mobilisation des services sur la prévention du suicide, et les autres actions de prévention et de promotion de la santé[4].

4 - LA COMMISSION DE SUIVI DES 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 de la santé et de la justice.

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

Outre le président, cette commission comprend les membres suivants, ou leur représentant :
- le directeur interrégional des services pénitentiaire ;
- le directeur interrégional des services de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- le directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSI ;
- le chef de l'établissement pénitentiaire dont relèvent les personnels pénitentiaires affectés à l'UHSI ;
- le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation du département d'implantation de l'UHSI ;
- des représentants des forces de l'ordre lorsqu'elles sont présentes à l'UHSI ;
- le responsable médical de l'UHSI ;
- 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.

5 - LA COMMISSION DE SUIVI DES UHSA

La circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n° 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA met en place une commission de coordination locale, présidée par le préfet du département siège de l'implantation de l'UHSA. Elle 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 ou leur représentant :
- le directeur général de l'ARS ;
- le directeur interrégional des services pénitentiaires ;
- le directeur interrégional des services de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- le directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSA ;
- le chef de l'établissement pénitentiaire dont relèvent les personnels pénitentiaires affectés à l'UHSA ;
- le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation du département d'implantation de l'UHSA ;
- le responsable médical de l'UHSA ;
- 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.

CAHIER 4

LE CONTRÔLE ET LE RECOURS

P. 39 > 45

FICHE 1
AU NIVEAU INTERNATIONAL

1 - COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS ET 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). Il vise à protéger les individus retenus contre leur gré par la force publique, dans les États signataires de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants[1].

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 circuler librement. Au cours des visites, les délégués s'entretiennent avec les personnes privées de liberté sans témoin. À cette occasion, le respect du 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 ses constatations.

2 - COMITÉ INTERNATIONAL DE LA CROIX-ROUGE

Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) visite les personnes condamnées par le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (TPIY) et purgeant leur peine en France[2].

Conformément à son mandat, le CICR peut accéder à l'ensemble des locaux et des installations utilisés par, et pour, les personnes détenues. Il s'entretient librement et en privé (sans témoin) avec les personnes détenues.

La responsabilité de l'exécution des peines revient au Mécanisme pour les tribunaux pénaux internationaux (MTPI[3]), qui reçoit les rapports confidentiels des visites du CICR, dont une copie est transmise au ministère de la Justice français.

1. La Convention est entrée en vigueur en 1989.
2. Conformément à l'art. 6 de l'Accord sur l'exécution des peines prononcées par le TPIY, conclu en février 2000 entre l'Organisation des Nations unies et le gouvernement de la République française.
3. Le MTPI a été créé par le Conseil de sécurité le 22 décembre 2010 pour mener à bien les travaux du Tribunal pénal international pour le Rwanda (TPIR) et du TPIY.

3 - LA CONVENTION CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DÉGRADANTS

La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, a été adoptée dans le cadre des Nations unies. Elle exige des États l'ayant ratifiée qu'ils prennent des mesures concrètes afin d'empêcher la torture à l'intérieur de leurs frontières. Le Comité de l'ONU contre la torture est chargé de sa mise en œuvre effective. À ce titre, les États signataires lui rendent des rapports réguliers détaillant la façon dont ils intègrent le droit international dans leurs législations nationales.

La France a ratifié la convention en février 1986. Celle-ci a été complétée par un protocole, que la France a ratifié en novembre 2008. Ce dernier établit un système de visites régulières sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté. Les visites sont effectuées par des organismes indépendants, dont le Sous-Comité pour la prévention de la torture, qui s'inspire du Comité européen pour la prévention de la torture mis en place par le CE.

FICHE 2
AU NIVEAU NATIONAL

1 - LE DÉFENSEUR DES DROITS

La loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits dispose que le défenseur des droits est une autorité constitutionnelle indépendante. Il 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* [...] » ;
- « *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* » ;
- « *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 (mineure ou majeure) 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, un sénateur ou un représentant français au Parlement européen, qui la transmet au défenseur des droits s'il estime qu'elle appelle son intervention. Dans ce cas, il peut se saisir d'office, mais ne peut intervenir qu'à la condition que la personne – ou, le cas échéant, ses ayants droit – ait été avertie et ne soit pas opposée à son intervention.

2 - LE CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ (CGLPL)

La loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 modifiée institue un contrôleur général des lieux de privation de liberté[4], autorité administrative indépendante française chargée « *de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux* ». Le contrôleur général est nommé par le président de la République pour un mandat de six ans non renouvelable.

Toute personne physique ou morale s'étant donné pour objet le respect des droits fondamentaux peut porter à la connaissance du contrôleur général des faits ou des situations susceptibles de relever de sa compétence.

4. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 modifiée par la loi n° 2014-528 du 26 mai 2014.

Le contrôleur général peut également être saisi par le gouvernement, les parlementaires, ainsi que d'autres autorités administratives indépendantes. Enfin, il peut aussi se saisir de sa propre initiative.

À l'issue des vérifications auxquelles il procède, le contrôleur général peut formuler des recommandations relatives aux faits ou aux situations en cause à la personne responsable du lieu de privation de liberté. Celles-ci peuvent être rendues publiques.

Le contrôleur général peut visiter tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique, ainsi que tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement.

Il obtient des autorités responsables du lieu de privation de liberté, ou de toute personne susceptible de l'éclairer, toute information ou pièce utile à l'exercice de sa mission dans les délais qu'il fixe. Le contrôleur général, ses collaborateurs et les contrôleurs qui l'assistent sont astreints au secret professionnel. Les informations couvertes par le secret médical peuvent être communiquées, avec l'accord de la personne concernée, aux contrôleurs ayant la qualité de médecin.

À l'issue de chaque visite, le contrôleur fait connaître aux ministres intéressés ses observations concernant en particulier l'état, l'organisation ou le fonctionnement du lieu visité, ainsi que la condition des personnes privées de liberté, en tenant compte de l'évolution de la situation depuis sa visite. Les ministres formulent des observations en réponse. Celles-ci sont annexées au rapport de visite établi par le contrôleur général.

S'il constate une violation grave des droits fondamentaux d'une personne privée de liberté, le contrôleur général communique sans délai aux autorités compétentes ses observations, leur impartit un délai pour y répondre et, à l'issue, constate s'il a été mis fin à la violation signalée. S'il l'estime nécessaire, il rend alors immédiatement public le contenu de ses observations et des réponses reçues.

Dans son domaine de compétence, le contrôleur général émet des avis, formule des recommandations aux autorités publiques et propose au gouvernement toute modification des dispositions législatives et réglementaires applicables. Après en avoir informé les autorités responsables, il rend publics ces avis, recommandations ou propositions, ainsi que les observations de ces autorités. Il remet chaque année un rapport d'activité au président de la République et au Parlement. Ce rapport est rendu public.

Une convention a été signée le 8 novembre 2011 entre le défenseur des droits et le contrôleur général des lieux de privation de liberté, afin de coordonner leurs interventions et leurs actions respectives.

3 - INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS)

L'IGAS, rattachée au ministre en charge des Affaires sociale, 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[5]. Ainsi, aux termes de l'article D. 348-1 du Code de procédure pénale (CPP), « *l'inspection générale des affaires sociales et les services*

5. Loi n° 96-452 du 28 mai 1996.

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[6].

Ses services contrôlent l'exécution des lois et des règlements se rapportant à la santé publique à l'intérieur des établissements pénitentiaires, et effectuent toutes les vérifications utiles à leurs missions. L'IGAS a été chargée en 2015, en collaboration avec l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ), de l'évaluation du Plan 2010-2014 santé des personnes placées sous main de justice, qui a donné lieu à des recommandations. Celles-ci ont été reprises dans un rapport rendu public en juillet 2016[7].

4 - INSPECTION GÉNÉRALE DE LA JUSTICE (IGJ)

Le 1er janvier 2017, l'IGJ a été créée, regroupant l'inspection générale des services judiciaires et celles des services pénitentiaires et de la protection judiciaire de la jeunesse. Cette évolution structurelle vient renforcer la compétence transversale de l'inspection sur l'ensemble des directions et des services du ministère de la Justice. Elle permet en outre de garantir l'indépendance des inspecteurs qui la composent, en supprimant leurs liens hiérarchiques avec leur direction d'origine, et en développant sa vocation interministérielle.

Cette nouvelle inspection générale, composée de plusieurs départements, dont celui des services pénitentiaires, reprend intégralement les missions d'enquêtes administratives et de contrôles réalisées précédemment par l'inspection des services pénitentiaires et l'inspection de la protection judiciaire de la jeunesse.

6. Art. D. 262 du CPP.
7. http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542

FICHE 3

AU NIVEAU RÉGIONAL : LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Les inspecteurs et contrôleurs des ARS contrôlent, dans le cadre de leurs compétences respectives, l'application des dispositions du Code de la santé publique (CSP) et, sauf dispositions spéciales contraires, des autres dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé publique (art. L. 1421-1 du CSP).

Le directeur général de l'ARS précise aux inspecteurs et aux 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, pour tout le champ de compétence de l'ARS.

Livre 2

RÉGLEMENTATION ET DROITS APPLICABLES À LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES

CAHIER 1 ▸ **RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS SANITAIRES** P. 49 > 99

CHAPITRE 1 – Confidentialité, secret médical et soins appropriés
CHAPITRE 2 – Le dossier médical
CHAPITRE 3 – Les certificats
CHAPITRE 4 – Habilitation et autorisation d'accès
CHAPITRE 5 – Sécurité au sein de l'établissement

CAHIER 2 ▸ **RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS PÉNITENTIAIRES** P. 101 > 109

CAHIER 3 ▸ **DROITS DES PERSONNES DÉTENUES** P. 111 > 127

CAHIER 1

RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS SANITAIRES

P. 49 > 99

CHAPITRE 1

CONFIDENTIALITÉ, SECRET MÉDICAL ET SOINS APPROPRIÉS

FICHE 1

LE SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel est l'un des fondements de la relation de soins, quels que soient la circonstance ou le lieu du « colloque singulier ». La relation de confiance entre la personne détenue et le personnel soignant est donc fondamentale, notamment pour l'efficacité du soin. Elle est garantie par l'indépendance du médecin vis-à-vis des autorités pénitentiaires et judiciaires, dans l'exercice de ses fonctions de soins.

Article R. 4127-5 du Code de la santé publique (CSP)
« *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* »

Le secret professionnel s'impose donc en milieu pénitentiaire, de la même façon que dans le reste de la société. 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 (art. 9 du CC). Il s'étend à toutes les informations d'ordre privé venues à la connaissance des professionnels dans l'exercice de leurs fonctions, que ces informations soient ou non d'ordre médical.

1 - NATURE DU SECRET PROFESSIONNEL

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

Article 226-13 du CP
« *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, quels que soient 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 CP dans des conditions particulières (art. 226-14 du CP), notamment lorsqu'il s'agit de protéger des mineurs ou des personnes majeures vulnérables soumises à des privations ou à des sévices.

À noter que le secret professionnel ne s'impose pas qu'aux seules professions médicales. La loi prévoit qu'on puisse y être soumis en fonction de :

- son « état » (prêtre, rabbin, imam…) ;
- sa profession (avocat, médecin et professions médicales, assistant social…) ;
- sa fonction ou sa mission temporaire (mission d'aide sociale à l'enfance [ASE], de protection maternelle et infantile, de revenu de solidarité active [RSA], personnels des services pénitentiaires de probation, par exemple). On peut ainsi appartenir à une profession non soumise au secret professionnel, mais y être astreint de par sa fonction ou mission (un éducateur spécialisé dans le cadre de ses missions d'ASE, par exemple).

Un texte législatif ou réglementaire est attaché à chaque profession ou situation pour laquelle le secret professionnel s'impose.

Concernant le secret médical, le CSP pose le principe et en définit la substance dès son article R. 4127-4 pour en montrer l'importance. Il le fait de façon beaucoup plus explicite que le CP et sur le seul terrain de l'exercice de la médecine. Ses conséquences sont développées à l'article R. 4127-72 en ce qui concerne les personnes qui assistent le médecin, aux articles R. 4127-73 et R. 4127-104 en ce qui concerne les documents médicaux (cf. : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf).

Le secret médical protège l'intérêt de la personne détenue, sa dignité et son intégrité. Il contribue au rapport de confiance entre le soignant et le soigné.

Le partage d'informations entre personnels sanitaires et pénitentiaires doit respecter le droit au secret médical. Il vise :

- à garantir l'accès aux soins de la personne et le maintien, voire l'amélioration, de son état de santé ;
- à prévenir le risque d'atteinte à l'intégrité physique et psychique d'autrui.

Concernant son application aux personnels sanitaires :

- **pour les médecins,** l'article R. 4127-4 du CSP prévoit : « *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* » ;
- **pour les chirurgiens-dentistes**, l'article R. 4127-206 du CSP prévoit : « *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* » ;
- **pour les pharmaciens**, l'article R. 4235-5 du CSP indique : « *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* » ;
- **pour les infirmiers**, l'article R. 4312-4 du CSP prévoit : « *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 » ;

– **pour les sages-femmes**, l'article R. 4127-303 du CSP dispose : « *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 indiscrétion 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 est non seulement une obligation à la charge des professionnels mais aussi un **droit du malade**[1]. L'article L. 1110- 4 du CSP prévoit que toute personne prise en charge par un professionnel de santé ou du secteur médico-social ou social, un établissement ou un service de santé, un établissement ou un service social et médico-social, 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 qu'« *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 tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ».

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

Les personnes détenues ne doivent pas faire l'objet de discrimination[2]. En tant que personnes privées de liberté, elles doivent, au contraire, faire l'objet d'une attention particulière, notamment si le médecin constate des sévices ou des mauvais traitements[3]. Le respect de la confidentialité doit être la règle lors des consultations et des examens médicaux. Il appartient au médecin de prendre les mesures propres à assurer le respect de la confidentialité des informations médicales concernant les patients placés en détention.

2-A. PORTÉE DU SECRET PROFESSIONNEL

Le CP ne définit pas le contenu du secret professionnel. En revanche, le CSP 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* ».

1. Loi n° 2002-403 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
2. Art. R. 4127- 7 du CSP.
3. Art. R. 4127-10 du CSP.

Ces dispositions se retrouvent dans les dispositions du Code de déontologie médicale, intégré dans le CSP[4] : « *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.* »

2-B. DÉROGATIONS LÉGALES

La jurisprudence, tant celle des juridictions judiciaires que celle des juridictions administratives, précise que le secret professionnel est général et absolu. Il ne peut ainsi y être dérogé que par la loi[5].

Les dérogations à ce principe le sont dans l'intérêt du patient ou de la santé publique (déclarations de naissance et de décès[6], signalisation des cas de maltraitance au procureur de la République avec l'accord de la victime[7], sauf si la victime est mineure[8]).

Certaines de ces dérogations 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 : « *Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article*[9]*, 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* [...]. »

Enfin, les professionnels de santé peuvent être amenés à informer l'administration pénitentiaire, après information du patient, sur des adaptations nécessaires à la prise en charge des personnes détenues (aménagements spécifiques, transitoires ou non, rendus nécessaires en raison de l'état de santé de la personne détenue). En effet, la situation d'entière dépendance dans laquelle se trouvent les personnes détenues vis-à-vis de l'administration pénitentiaire – y compris pour les actes de la vie courante – légitime, dans son principe, la collecte et le traitement des informations se rapportant à leur existence matérielle, leur bien-être, leur sécurité et leur santé.

Déclarations obligatoires

- naissance (art. 56 du CC) ;
- décès (art. L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales) ;
- maladies contagieuses (art. L. 3113-1 du CSP) ;
- admission en soins psychiatriques (art. L. 3212-1 et suivants du CSP) ou sur décision du représentant de l'État (L. 3213-1) ;
- sauvegarde de justice (art. 434 du CC et L. 3211-6 du CSP) ;
- accidents du travail et maladies professionnelles (art. L. 441-6 et L. 461-5 du CSS) ;
- pensions civiles et militaires de retraite et d'invalidité (art. L. 31 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) ;

4. Art. R. 4127-4 du CSP.
5. 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.
6. Art. 56 du CC.
7. Art. 226-14 du CP.
8. Art. R. 4127-44 du CSP.
9. 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.

- protection de la santé des sportifs et lutte contre le dopage (art. L. 232-3 du Code du sport) ;
- sécurité, veille et alerte sanitaires (art. L. 1413-4 et suivant du CSP).

Permissions de la loi

- Sévices ou privations infligés à un mineur ou à une personne incapable de se protéger (art. 226-14, 2° du CP) ;
- protection des mineurs en danger ou risquant de l'être (autorisant le partage d'informations préoccupantes, art. L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles) ;
- sévices permettant de présumer de la commission de violences sur une personne majeure (art. 226-14, 2° du CP) ;
- dangerosité pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes connues du médecin pour être détentrices d'une arme à feu ou ayant manifesté leur intention d'en acquérir (art. 226-14, 3° du CP) ;
- une évaluation et plan personnalisé de compensation du handicap (art. L. 241-10 du Code de l'action sociale et des familles) ;
- évaluation de l'activité des établissements de santé (art. L. 6113-7 du CSP) ;
- recherche dans le domaine de la santé (art. 55 du chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique) ;
- évaluation ou analyse des activités de soins et de prévention (art. 63 à 66 de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, chapitre X) ;
- accès aux informations de santé nominatives (art. L. 1112-1, L. 1414-4, L. 1333-19 du CSP, et L. 315, V du CSS).

Ces dérogations légales obligent[10] ou autorisent[11] une révélation seulement partielle (maladie contagieuse désignée par un numéro, symptômes d'un état mental dangereux, etc.). L'autorisation donnée permet uniquement de délivrer une information « **nécessaire, pertinente et non excessive** ».

10. Contraignent à la révélation.
11. Permettent la faculté de révéler sans l'obliger.

FICHE 2

SECRET PROFESSIONNEL ET PARTAGE D'INFORMATIONS

1 - 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 du CSP : « *Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.* » En ce qui concerne les mineurs détenus, les titulaires de l'autorité parentale sont également avertis du partage d'informations.

2 - SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ ENTRE SOIGNANTS ET PROFESSIONNELS DU SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel **précise que ces professionnels peuvent** « *échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :*

1° des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;

2° du périmètre de leurs missions ».

Cet échange ne peut se faire que dans le respect des règles d'information et de consentement de la personne pour ce partage d'information : « *La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.* »

Le décret précise également les catégories de professionnels concernées.

Au sein des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et des services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), les assistants de service social font partie des professionnels concernés, dans le cadre de leurs missions d'accompagnement social.

3 - SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ DANS LE CADRE DES RELATIONS DU PERSONNEL SOIGNANT AVEC LES AUTORITÉS JUDICIAIRES ET PÉNITENTIAIRES ET DE LA PJJ

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 CSP, 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.* »

Dans le cadre 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, selon lequel « *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 ».*

Le partage d'informations[12] est organisé dans le cadre de procédures et d'outils formalisés au sein des commissions telles que la commission pluridisciplinaire unique (CPU), la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire (lorsque l'établissement accueille des personnes mineures) ou la commission santé.

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

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 à ce que les professionnels qui l'assistent dans son exercice soient instruits de leurs obligations en matière de secret professionnel, et s'y conforment[13]. À cette fin, il doit disposer de locaux adéquats (art. R. 4127-71 du CSP) et protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées[14].

4 - 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 chef d'établissement pénitentiaire, 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.

13. Art. R. 4127-72 du CSP.
14. Art. R. 4127-73 du CSP.

FICHE 3

ACCÈS AUX DONNÉES PÉNITENTIAIRES ET JUDICIAIRES

1 - CONSULTATION DE LA FICHE PÉNALE

Les personnels sanitaires ne sont pas autorisés à consulter, de leur propre initiative, la fiche pénale d'une personne détenue. Dans le cadre de la distribution de médicaments[15], ils peuvent néanmoins avoir besoin d'accéder aux informations relatives à son identité : sexe, numéros d'écrou et de Sécurité sociale et lieu de détention.

2 - CONSULTATION DES DONNÉES RELATIVES AU COMPORTEMENT DE LA PERSONNE DÉTENUE ET DE SON RÉGIME DE DÉTENTION

Les professionnels de santé ne peuvent consulter les données de l'administration pénitentiaires n'ayant pas de lien avec la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

L'administration pénitentiaire peut communiquer aux professionnels de santé des informations afférentes au comportement de la personne détenue ou à ses modalités de détention, lorsqu'elle estime que ces informations sont de nature à impacter la santé de la personne elle-même et/ou de son entourage.

Les professionnels de santé tiennent compte des données de gestion de détention pour organiser les soins aux personnes détenues (extractions judiciaires, activités, parloir, etc.). À ce titre, elles peuvent consulter l'application Genesis, ou solliciter directement l'administration pénitentiaire.

15. Art. R. 57-9-23, 17°.

FICHE 4

RESPECT DES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES
LORS DE L'ORGANISATION DES RENDEZ-VOUS ET LA RÉALISATION DES SOINS

1 - EXAMEN DE LA PERSONNE DÉTENUE

Que ce soit au sein ou à l'extérieur des locaux de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), l'examen d'une personne détenue est réalisé dans des conditions respectant sa dignité, le secret professionnel et les préconisations d'usage en matière d'hygiène.

La réalisation d'un acte de soin se déroule hors de la présence de tout personnel pénitentiaire. Néanmoins, lorsque la sécurité d'un personnel de santé est menacée et que le soin ne peut pas être reporté, ce professionnel peut solliciter la présence d'un personnel pénitentiaire.

Aucun soin ne peut être réalisé sans le consentement éclairé de la personne détenue, ou celle du détenteur de l'autorité parentale pour les mineurs (sauf dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un représentant de l'État, dans les conditions définies par la loi).

En toutes circonstances, les professionnels de santé prennent les mesures propres à assurer la continuité des soins.

Excepté en cas d'urgence ou dans le cas où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit en avertir la personne qu'il soigne et transmettre au médecin désigné par celle-ci les informations utiles à la poursuite des soins[16].

16. Art. R. 4127-47 du CSP.

2 - AU SEIN DE L'USMP

Seule la personne détenue concernée est informée du motif de sa consultation par le personnel de l'USMP (par exemple par un courrier de confirmation du rendez-vous, lors de la distribution des traitements médicamenteux, etc.)

Afin d'organiser les mouvements et la sécurité au sein de l'unité sanitaire, les surveillants affectés à l'unité sanitaire disposent d'une liste mise à jour quotidiennement, leur indiquant les personnes convoquées et le personnel soignant qu'elles doivent rencontrer (sans préciser le motif de la consultation).

3 - À L'EXTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

La personne détenue est informée de l'organisation d'une extraction médicale pour la réalisation d'un soin. Son consentement éclairé est recueilli et consigné dans son dossier médical.

La date de cette extraction médicale n'est jamais communiquée à la personne détenue. Les raisons qui la motivent ne sont pas communiquées à l'administration pénitentiaire par les personnels sanitaires.

Ces derniers informent l'administration pénitentiaire du service dans lequel la personne est attendue et du type de soin dont elle bénéficiera (consultation, hospitalisation, examen radiologique, etc.) afin que l'escorte pénitentiaire soit adaptée.

Les personnels soignants recevant les personnes détenues en consultation à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire (centre hospitalier ou autre structure médicale) sont sensibilisés par l'USMP au fait qu'ils ne doivent pas communiquer à la personne détenue la date du prochain rendez-vous.

Les personnels pénitentiaires n'assistent pas à la réalisation des soins et des consultations. Toutefois, si leur présence s'avère nécessaire, en fonction des risques évalués au regard de la personnalité de la personne détenue, de son comportement au moment de l'extraction, de la configuration des locaux (présence de plusieurs accès, de fenêtres non condamnées ou barreaudées ouvrant sur l'extérieur, etc.) ou de la présence d'ustensiles médicaux dangereux et facilement utilisables, le responsable pénitentiaire pourra décider au cas par cas d'un niveau de surveillance adapté.

Par ailleurs, le personnel soignant peut solliciter la présence d'un personnel pénitentiaire, s'il estime que sa sécurité est menacée et que le soin ne peut être reporté.

En tout état de cause, les personnels soignants, comme les personnels pénitentiaires, doivent respecter le secret professionnel et la confidentialité des soins, tels que définis par le CSP et la loi pénitentiaire de 2009.

Les médecins doivent veiller à ce que les professionnels de santé qui les assistent se conforment à ces obligations, et leur rappeler que les différents niveaux de sécurité prévus par l'administration pénitentiaire n'impliquent pas

automatiquement la présence de surveillants lors des entretiens médicaux. L'implication des agences régionales de santé (ARS) et des établissements de santé est nécessaire pour garantir la formation des professionnels et s'assurer du respect effectif des obligations relatives au secret médical. Les formations partagées entre personnels de santé et personnels pénitentiaires doivent également être favorisées pour permettre une meilleure appréhension des missions et des impératifs de chacun, et le respect des bonnes pratiques.

Cas d'une extraction médicale nécessitant une préparation préalable

Certains soins nécessitent une prémédication ou une préparation. Pour des raisons de sécurité, celles-ci sont organisées, dans le respect du secret médical, en coordination étroite avec l'administration pénitentiaire, afin que la personne détenue ait connaissance de son extraction prochaine le plus tardivement possible. Le personnel sanitaire s'assure alors de la réalisation de la prémédication avant l'extraction de la personne.

CHAPITRE 2

LE 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 sa détention.

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 (USMP). Les dispositions réglementaires du CPP prévoient qu'il est conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé désigné par le directeur général de l'ARS. Son contenu, sa gestion, son transfert, son devenir et ses conditions d'accès sont soumis aux règles de droit commun.

Il contient les éléments prévus aux articles R. 1111-1 à R. 1112-9 et R. 1112-2 du CSP qui énumèrent 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* y être inclus. 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.

Un dossier médical peut également être constitué par un établissement de santé – qui peut être différent de l'établissement de santé de proximité désigné par le directeur général de l'ARS. L'établissement de santé est responsable de sa conservation.

FICHE 1

GESTION, TRANSFERT ET DEVENIR DU DOSSIER MÉDICAL DES PERSONNES DÉTENUES

1 - 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'USMP 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[1]. L'absolue confidentialité des données est garantie, quel que soit le support de l'information[2], et spécifiquement dans le cadre des supports informatiques[3].

2 - 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, par exemple) sont transmises au responsable médical de l'unité sanitaire du nouvel établissement, dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité (pli cacheté). L'original du dossier est archivé par l'établissement hospitalier de l'USMP d'origine.

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[4], et dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP relatives au secret médical.

1. Art. D. 375 du CPP.
2. Art. L. 1110-4 du CSP.
3. Art. L. 1110-4-1 du CSP.
4. 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 médecin désigné par la personne libérée.

« *À la fin de chaque séjour hospitalier, une 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*[5]. » L'original du dossier est archivé par l'établissement hospitalier de l'USMP.

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 le contenu du dossier à un tiers, quel qu'il soit. « *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou la personne liée par un PACS, 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*[6] [...]. *La personne autorisée par la loi qui souhaite accéder aux informations médicales concernant la personne décédée, dans les conditions prévues à 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[7]*.* »

L'accès au dossier médical peut être retardé si celui-ci a été saisi dans le cadre d'une procédure judiciaire.

3 - 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 CSP[8] 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 vingt 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.

5. Art. R. 1112-1 du CSP.
6. Art. L. 1110-4 du CSP.
7. Art. R. w1111-7 du CSP.
8. Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006.

FICHE 2

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. Les règles de droit commun précisées dans l'article L. 1111-7 du CSP sont applicables.

La totalité du dossier est transmise en copie, et non en original. Il inclut 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.

1 - 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. Ce dossier est 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[9] ;
- la personne détenue peut accéder à ces informations directement, ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet[10] ;
- la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin[11] ;
- la consultation des informations, dans le cadre d'une intervention d'urgence, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur[12] ;
- pour les mineurs, les personnes pouvant exercer le droit d'accès sont 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[13] ;

9. Art. L. 1111-7, 1er §.
10. Art. L. 1111-7, 2e §.
11. Art. L. 1111-7, 3e §.
12. Art. L. 1111-7, 4e §.
13. Art. L. 1111-7, 5e §.

- les ayants droit d'une personne décédée peuvent accéder aux informations médicales, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4[14].

2 - PROCÉDURES SPÉCIFIQUES

2-A. INTERVENTION D'UNE TIERCE PERSONNE

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

Pour communiquer des informations à la personne détenue[15], le médecin doit demander un permis de visite à l'autorité compétente (magistrat saisi du dossier de l'information s'agissant des prévenus, chef d'établissement s'agissant des personnes condamnées). 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[16]. 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[17].

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.

2-B. LES MINEURS OU LES MAJEURS PROTÉGÉS

Le droit d'accès au dossier médical des mineurs ou des majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection judiciaire est exercé, selon le cas, par le titulaire de l'autorité parentale ou la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du CC.

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 sa 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

14. Art. L. 1111-7, 7e alinéa.
15. Art. R. 1112-1 du CSP.
16. Art. 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.* ».
17. Art. 40 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

parentale et au médecin par le chef d'établissement ou à l'établissement de santé de rattachement de l'unité sanitaire), soit par l'envoi d'une copie des documents concernés[18].

Lorsqu'un mineur souhaite garder le secret sur un traitement, une action de prévention, un dépistage, un diagnostic ou une intervention dont il a fait l'objet dans les conditions prévues aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP, il peut demander au personnel médical de mentionner dans son dossier son opposition à l'information du titulaire de l'autorité parentale. En cas de demande de ce dernier, le personnel médical doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur ; si le mineur persiste dans son refus de communiquer les informations 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 celle-ci a atteint sa majorité.

18. Art. L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP.

FICHE 3

COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL À DES MÉDECINS EXTÉRIEURS

1 - RÉGLEMENTATION GÉNÉRALE

L'article L. 1110-4 du CSP précise les conditions d'échange et de partage des informations relatives à une personne dans le cadre de sa prise en charge.

Les professionnels de santé peuvent échanger avec d'autres professionnels identifiés des informations relatives à la personne prise en charge, à condition que ceux-ci y participent et que les informations concernées soient strictement nécessaires à la coordination, à la continuité des soins et au suivi du patient.

Lorsque les professionnels appartiennent à la même équipe de soins, telle que définie à l'article L. 1110-12 du CSP, les informations sont réputées confiées par la personne à toute l'équipe. En dehors de l'équipe de soins, le partage d'informations nécessaires à la prise en charge de la personne requiert son consentement préalable. Dans tous les cas, la personne dispose d'un droit d'opposition à l'échange et au partage.

La communication du dossier médical des personnes détenues à des praticiens extérieurs est également soumise aux règles déontologiques de droit commun en la matière[19].

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'une personne détenue (ou hospitalisée sans son consentement) par le médecin du Comité européen de prévention de la torture ou le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ne peut être autorisé qu'avec le consentement de cette personne.

19. Art. R. 4127-45 du CSP.

2 - EXCEPTIONS

2-A. COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL DANS LE CADRE DE MISSIONS D'INSPECTION[20]

« *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.* »

2-B. COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL SUR RÉQUISITION JUDICIAIRE

Le dossier médical peut également être saisi, sur réquisition de l'autorité judiciaire, en l'absence d'accord de la personne concernée. 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.

2-C. COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL DANS LE CADRE D'UNE URGENCE

Dès lors qu'il est fait appel au service des urgences ou à un médecin de garde, en dehors des horaires d'ouverture de l'USMP, le dossier médical doit pouvoir être communiqué au médecin qui se présente. À cet effet, l'USMP et l'établissement pénitentiaire doivent prévoir une procédure d'accès tracée qui préserve le secret médical.

20. Art. L. 1112-1 du CSP.

FICHE 4
LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Le dossier médical personnel instauré par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 est devenu le dossier médical partagé (DMP) depuis la publication de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions y afférant sont codifiées aux articles L. 161-36-2 du CSS et L. 1111-14 et suivants du CSP. Il s'agit d'un carnet de santé informatisé et sécurisé, accessible sur internet.

1 - OBJECTIFS

L'objectif 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'assurer la prévention, la continuité des soins et d'en améliorer la qualité en facilitant la coordination et les échanges d'informations entre professionnels de santé. Ce dossier est en cours de déploiement.

2 - PRINCIPES

L'article L. 1111-14 du CSP dispose que tout assuré social peut bénéficier d'un dossier médical partagé, avec son consentement. 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 chargé de la Santé. Accessible sur internet, il est conçu comme un ensemble de services permettant à la personne concernée et aux professionnels de santé autorisés par elle, de partager, sous forme électronique, partout et à tout moment, les informations de santé utiles à la coordination des soins qui lui sont prodigués. 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 de créer 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 personnes (principes de l'information, du consentement et de la confidentialité). Il est strictement réservé au patient en cause et aux professionnels de santé autorisés.
Ont accès au DMP le patient lui-même depuis un accès internet avec ses codes confidentiels, ainsi que les professionnels auquel il aura donné accès. Les professionnels de santé y ont également accès en cas d'urgence, sauf opposition du patient.

3 - DÉPLOIEMENT

Le déploiement du DMP repose sur la résolution de problématiques diverses : l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information, l'organisation des maîtrises d'ouvrage régionales et, plus largement, 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.

CHAPITRE 3

LES CERTIFICATS

L'article R. 4127-76 du CSP 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, 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 est 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, dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur. L'établissement de ces documents est soumis aux règles de déontologie médicale, notamment celles relatives à l'exercice personnel, l'indépendance professionnelle et le 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.

FICHE 1

RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN

L'établissement de documents médicaux engage la responsabilité disciplinaire et pénale du médecin qui les a établis. De plus, s'il en résulte un dommage, la responsabilité civile de ce médecin peut être engagée aux fins d'indemnisation.

1 - DEVANT LES CHAMBRES DISCIPLINAIRES DE L'ORDRE DES MÉDECINS

L'article R. 4127- 28 du même Code 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'article L. 4126 du CSP, faire l'objet de sanctions disciplinaires.

2 - DEVANT LES JURIDICTIONS PÉNALES

L'article 441-7 du CP 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 CP dispose :
« *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. »

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.

Dans le cadre d'une procédure de suspension de peine ou de mise en liberté pour raison médicale, les documents nécessaires sont établis par le médecin de l'USMP selon des modalités précisées dans le *Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale*.

FICHE 2

CERTIFICATS REMIS À LA PERSONNE DÉTENUE EN MATIÈRE DE LÉGISLATION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

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 écrit, à sa famille ou à son conseil[1].

1 - ACCIDENTS DU 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[2].

1-A. ACCIDENTS DU TRAVAIL

Pour les accidents ayant entraîné une incapacité de travail, le médecin établit en double exemplaire un certificat indiquant l'état de la victime, les conséquences de l'accident ou ses suites éventuelles. Il y indique 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 second 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 incapacité permanente, de la consolidation[3]. La date de la guérison ou de la consolidation de la blessure est fixée par le chef d'établissement pénitentiaire en fonction de l'avis émis par le médecin.

1. Art. D. 382 du CPP.
2. Art. D. 382 du CPP.
3. Art. D. 412-45 du CSS.

En cas de désaccord, il est fait appel à un médecin expert de la Sécurité sociale[4]. Les procédures de déclaration des accidents du travail et les conditions de leur 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'USMP 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[5].

1-B. MALADIES PROFESSIONNELLES

Le médecin établit un certificat médical en triple exemplaire (un victime, un CPAM, un inspecteur du travail) et en remet un exemplaire à la personne détenue. Il indique 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[6].

Cas des arrêts de travail pour maladie, déclarés avant l'incarcération : la prolongation éventuelle de l'arrêt doit être prescrite par un médecin et déclarée à l'aide des imprimés « Cerfa ». Le fait que la personne détenue ne bénéficie pas des indemnités journalières ne dispense pas de ces prolongations.

2 - ARRÊT ET INCAPACITÉ À UNE ACTIVITÉ

Le médecin doit informer la personne détenue si son état de santé l'empêche d'exercer une activité au sens de l'article 27 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, de façon temporaire ou permanente (telle que décrite par la personne). Il lui remet alors une attestation descriptive de son état, qu'il revient à la personne détenue de transmettre à l'administration pénitentiaire.

Une attention particulière est portée lorsque la personne détenue présente une infection transmissible, en particulier concernant les modalités pour éviter la contamination d'autres personnes.

4. Art. D. 412-63 du CSS.
5. Art. D. 412-46 du CSS.
6. Art. D. 412-71 du CSS.

FICHE 3

CERTIFICATS REMIS À LA PERSONNE DÉTENUE DANS 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 - PERSONNES AMENÉES À MANIPULER DES DENRÉES ALIMENTAIRES

Les établissements pénitentiaires et les personnes détenues amenées à manipuler des denrées alimentaires dans le cadre d'une activité doivent respecter le règlement (CE) n° 852/2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, qui prévoit les dispositions générales d'hygiène pour tous les exploitants du secteur alimentaire (sauf production primaire)[7].

La personne détenue, comme toutes les autres personnes travaillant dans la zone où des denrées alimentaires sont manipulées, doit respecter un niveau élevé de propreté personnelle, notamment l'hygiène des mains, et porter des tenues adaptées et propres assurant, si cela est nécessaire, sa protection.

La personne atteinte d'une maladie susceptible d'être transmise par les aliments ou porteuse d'une telle maladie, ou souffrant, par exemple, de plaies infectées, d'infections, de lésions cutanées ou de diarrhée ne doit pas être autorisée à manipuler les denrées alimentaires et à pénétrer dans la zone susmentionnée lorsqu'il existe un risque de contamination directe ou indirecte des aliments.

Il revient à la personne détenue atteinte de signaler immédiatement au responsable de l'activité une maladie ou des symptômes pouvant être responsables d'une contamination directe ou indirecte des aliments et, si possible, de leurs causes. Le responsable d'activité mettra en place des mesures adaptées pour prévenir la contamination des denrées alimentaires et orientera la personne détenue vers l'unité sanitaire.

Avant d'affecter des personnes détenues à des activités impliquant de manipuler des denrées alimentaires, le responsable de l'activité s'assure que la personne détenue a compris ces règles. Il peut, le cas échéant en cas de besoin, demander à l'unité sanitaire de faire bénéficier cette personne, en communiquant son nom, d'une séance d'information/éducation à la santé, sur les maladies susceptibles d'être transmises par les aliments et sur les infections pouvant présenter un risque pour la manipulation de denrées alimentaires.

7. Règlement CE N° 852/2004 du Parlement européen et du conseil du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires.

2 - ACTIVITÉ SPORTIVE

Le médecin de l'USMP réalise l'examen médical des personnes détenues sollicitant une attestation relative à la pratique d'une activité sportive[8]. Il peut délivrer un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport (CNCI) ou prescrire des examens complémentaires. Il peut également demander un avis en médecine du sport selon le type de sport ou au vu des antécédents sportifs et médicaux de la personne.

3 - CHANGEMENT D'AFFECTATION, MODIFICATION OU AMÉNAGEMENT DU RÉGIME DE DÉTENTION

Le médecin de l'USMP 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[9].

Le médecin de l'USMP délivre aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu, ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé. Un double de cette attestation est remis à la personne détenue à sa demande[10].

4 - ATTESTATION DE SUIVI RÉPONDANT À L'ARTICLE 763-7 DU CPP[11]

Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté, conformément au troisième alinéa de l'article 717-1 du CPP.

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 ce traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les ans.

Pour les personnes condamnées déjà écrouées, le juge de l'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.

8. Art. R. 57-8-1 du CPP.
9. Art. R. 57-8-1 du CPP.
10. Art. D. 382 du CPP.
11. Tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédures pénales.

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

5 - CERTIFICATS DE COUPS ET BLESSURES

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

Les annexes à l'article R. 4127-76 du CSP disposent que les « *certificats médicaux en matière de violences involontaires*[12] *ou en cas de violences et voies de fait volontaires*[13] [...] *doivent préciser une notion d'incapacité totale de travail (ITT) 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.

Sévices ou mauvais traitements[14]

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 CP, au deuxième alinéa de l'article 226-14 susmentionné, désigne le procureur de la République comme étant 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 en est informé avec l'accord de la personne détenue.

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 l'autorité judiciaire avec ou sans accord de la personne concernée.

12. Art. 222-19 et 222-20 du CP.
13. Art. 222-11, 222-13 et 222-14 du CP.
14. Art. R. 4127-10 du CSP et 226-14 du CP.

FICHE 4

CERTIFICATS REMIS À L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

À la demande des autorités pénitentiaires, le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire peut délivrer des documents médicaux, dans les cas prévus par l'article D. 382 du CPP.

Les documents émis à la demande des autorités pénitentiaires ne doivent contenir que les renseignements strictement nécessaires à la finalité poursuivie, 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.

CHAPITRE 4

HABILITATION ET AUTORISATION D'ACCÈS

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 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et en unités hospitalières spécifiquement aménagées (UHSA) ne sont pas soumis à cette procédure[1]. Le centre hospitalier fournit la liste des intervenants dans ces structures au responsable pénitentiaire.

1. Circulaire du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

FICHE 1

PROCÉDURE D'HABILITATION[2]

1 - LA DEMANDE D'HABILITATION

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 USMP** 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 compétent, 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 personnelles[3]. 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[4].

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[5].

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 son représentant, des conditions d'exercice en milieu pénitentiaire et des obligations résultant des diverses dispositions du CPP[6].

2. Art. R. 79, 22° et D. 386 à 388 du CPP.
3. 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. Art. 17 de la loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité n° 95-73 du 21 janvier 1995 modifié par l'art. 25 de la loi n° 2003-239 pour la sécurité intérieure.
4. Art. D. 386-1 du CPP.
5. Art. D. 386-1 du CPP.
6. Art. D. 387 du CPP.

Au moment de leur prise de fonction, 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[7] et les dispositions du CPP ayant trait à l'organisation sanitaire en milieu pénitentiaire[8].

2 - LA SUSPENSION ET LE RETRAIT D'HABILITATION

2-A. SUSPENSION OU RETRAIT POUR MANQUEMENT GRAVE AUX RÈGLEMENTS PÉNITENTIAIRES[9]

L'habilitation peut être suspendue en cas de manquement grave aux dispositions du CPP 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 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.

7. Art. D. 387 du CPP.
8. Annexe H – art. R. 57-8-1 à R. 57-8-6 et art. D. 360 à D. 399 du CPP.
9. Art. D. 388 du CPP.

2-B. RETRAIT EN CAS DE CONDAMNATION[10]

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.

10. Art. D. 386-1 du CPP.

FICHE 2

AUTORISATION D'ACCÈS[11]

Toute personne étrangère au service ne peut être admise à visiter un établissement pénitentiaire qu'en vertu d'une autorisation spéciale délivrée par le chef d'établissement[12].

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 en milieu pénitentiaire à hauteur de six interventions par an au plus ;
- aux personnels des ARS en charge des soins en détention.

Dans le cas d'une intervention régulière mais espacée dans le temps, une habilitation peut être donnée :

- ***aux personnes intervenant au titre des collectivités territoriales et aux membres du réseau associatif spécialisé***[13] dans le cadre des actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- ***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, etc.) ;
- ***aux personnels assurant des soins à la personne, dans le cadre d'une perte d'autonomie*** (aide à la toilette, l'habillage, etc.) ;
- ***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. Il permet de garantir aux personnes détenues un accès aux soins d'urgence, dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population[14] ;

11. Art. D. 277 et D. 389 à D. 390-1 du CPP.
12. Art. D. 277 à D. 279-1 du CPP.
13. Art. D. 390 du CPP.
14. Art. 46 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

- ***aux membres du comité d'hygiène et de sécurité au travail de l'établissement de santé de rattachement.*** Lorsque plusieurs établissements pénitentiaires sont rattachés à un même établissement de santé, l'autorisation d'accès est délivrée par le directeur interrégional des services pénitentiaires[15].

Sauf situation motivée par l'urgence, cette autorisation n'est délivrée qu'après enquête administrative, 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.

15. Art. D. 277 du CPP.

CHAPITRE 5

SÉCURITÉ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

FICHE 1

IMPÉRATIFS DE SÉCURITÉ À RESPECTER PAR LES PERSONNELS HOSPITALIERS

En matière de sécurité, les personnels hospitaliers doivent se conformer aux dispositions du CPP, aux circulaires et aux 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.

1 - RÈGLES DE SÉCURITÉ GÉNÉRALES

Le personnel hospitalier est soumis aux mêmes mesures de sécurité que tous les visiteurs : vérification d'identité à l'entrée, contrôle du matériel, 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), attente aux divers postes de contrôle et aux grilles liées aux mouvements, à l'intérieur de la structure (établissement pénitentiaire ou UHSI et UHSA).

Le personnel hospitalier veille, par ailleurs, à respecter des règles de sécurité simples, notamment :

- 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 ;
- il doit signaler, sans délai, au personnel pénitentiaire tout événement pouvant compromettre la sécurité des personnes et de l'établissement : incident avec une personne détenue, perte ou détérioration d'un objet ou d'un matériel ;
- 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.

2 - RÈGLES DE SÉCURITÉ RELATIVES À L'ACCÈS À L'INFORMATIQUE ET AUX TÉLÉCOMMUNICATIONS

2-A. 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 ;
  - être autorisés par celui-ci et inventoriés par le correspondant local des systèmes d'information ou son représentant ;
  - 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.) d'un matériel informatique ne doit être activé 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 Genesis est autorisé à accéder aux applications pénitentiaires relevant de cette habilitation à partir d'un poste de travail dédié.
- 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 en zone de détention est interdite. 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-B. 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 afin que celui-ci puisse être changé.

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 des 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 au 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 détourné ou frauduleux des informations auxquelles il a accès.

FICHE 2

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.

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 ;
- de veiller 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 chargées d'assurer la garde statique 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.

CAHIER 2

RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX PERSONNELS PÉNITENTIAIRES

P. 101 > 109

FICHE 1

RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES
APPLICABLES AU SEIN DES UNITÉS SANITAIRES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE (USMP)

1 - LES PERSONNELS DE SURVEILLANCE AFFECTÉS

L'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnes concourant aux missions de santé dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire[1]. 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 de 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.

1. Art. D. 373 du CPP.

2 - LES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ

2-A. FOUILLES DE LOCAUX[2]

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-B. CONTRÔLE DES PERSONNES DÉTENUES (ART. 57 DE LA LOI PÉNITENTIAIRE DU 24 NOVEMBRE 2009[3])

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[4].

2. Art. D. 269 du CPP.
3. Art. R. 57-7-79 à R. 57-7-82 du CPP et note DAP du 14 octobre 2016 relative au régime juridique encadrant certaines modalités de contrôle de personnes détenues.
4. Art. 57 de la loi du 24 novembre 2009.

FICHE 2

RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES
APPLICABLES AU SEIN DES UNITÉS D'HOSPITALISATION

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[5].

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 à tout support informatique – ou autre – habituellement prescrit en détention.

Au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et des unités hospitalières spécifiquement aménagées (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. Elle est réalisée en sa présence et celle du médecin responsable de l'unité, ou de leurs représentants.

1 - 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'UHSI.

5. Art. D. 395 du CPP.

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 personnes détenues particulièrement signalées (DPS).

S'agissant de la zone de soins de l'UHSI, le port des armes par les personnels pénitentiaires (quelle qu'en soit la nature) n'est autorisé que pour la garde et l'escorte des personnes détenues inscrites au répertoire des DPS, sous réserve que le directeur de l'établissement de santé préalablement informé, ne s'y oppose pas[6].

2 - UHSA

Les personnels pénitentiaires assurent 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[7]. 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 des 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.

Les personnels pénitentiaires sont chargés des transferts et des escortes des personnes détenues hospitalisées en UHSA vers les plateaux techniques (cf. Livre 3, Cahier 3, Fiche 7 – « Transports »).

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée, ou présentant un caractère de dangerosité pénale et/ou pénitentiaire, risquant de créer un trouble à l'ordre public, il est fait appel aux forces de sécurité intérieure pour renforcer l'escorte pénitentiaire.

Rappel

Le quartier maison centrale de l'établissement pénitentiaire de Château-Thierry héberge des personnes détenues considérées comme inadaptées à la détention ordinaire.

Il ne s'agit pas d'un établissement de santé habilité à recevoir des personnes pour troubles mentaux. À ce titre, aucun soin sans consentement n'est administré au sein de l'établissement.

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

Préalablement au transfert d'une personne vers l'établissement de Château-Thierry, il est demandé aux personnels soignants de l'établissement d'origine de s'assurer que l'état de santé de la personne détenue ne justifie pas une hospitalisation en SMPR ou en établissement autorisé en psychiatrie et notamment en UHSA ou UMD.

FICHE 3

RÈGLES PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES
APPLICABLES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

1 - 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.

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 contrainte et d'en préciser leur nature.

Dans l'hypothèse où une personne détenue présenterait une particularité susceptible de complexifier l'application des conditions de transport et contraintes (présence d'un plâtre, de pansement, de port de béquille), l'USMP est sollicitée au préalable par un personnel d'encadrement pénitentiaire, sur le moyen de transport adapté et/ou sur l'adaptation des moyens de contrainte envisagés. En cas de transport médicalisé, une prescription doit être réalisée au préalable.

2 - 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 d'entraves, à l'hôpital. De même, compte tenu des risques évalués, il définit par écrit le niveau de surveillance qui doit être appliqué pendant la consultation[8].

8. Circulaire JUSK0440155 C du 18 novembre 2004.

Les niveaux de surveillance et l'usage des menottes ou des entraves doivent faire l'objet d'une appréciation individualisée et proportionnée.

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 moyens de contrainte.

Le chef d'escorte porte à la connaissance du médecin responsable des soins le niveau de surveillance retenu, au moyen du formulaire type renseigné par le responsable pénitentiaire.

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 des soins. Le personnel de l'escorte est soumis au secret professionnel concernant les éléments médicaux portés à sa connaissance lors des consultations.

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

Les modalités de prise en charge médicale lors des hospitalisations et des consultations ou des examens, dans les établissements de santé, doivent permettre de préserver la confidentialité des soins ainsi que la dignité des personnes, tant en termes de surveillance que de soins[9].

Les règles applicables en matière d'extraction médicale des femmes enceintes ou passant un examen gynécologique sont les suivantes :
- tout accouchement ou examen gynécologique, sans aucune exception, doit se dérouler sans menottes ni entraves et hors de la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues ;
- à partir du sixième mois de grossesse, les femmes enceintes ne doivent en aucun cas être simultanément menottées et entravées, quelles que soient la nature de la consultation et les circonstances, et ce y compris pendant le trajet entre l'établissement et le lieu de consultation. Elles ne peuvent être menottées que si leur dangerosité est avérée ; elles ne peuvent être entravées pendant les trajets et hors des situations prévues à l'article 52 de la loi pénitentiaire qu'à titre exceptionnel, dès lors qu'elles sont connues pour leur grande dangerosité, et de surcroît alternativement au port des menottes.

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.

9. Art. D. 397 du CPP.

Si les conditions de sécurité des personnes et des biens ne sont plus assurées (en cas d'agressivité ou de violence de la personne détenue, trouble créé par la présence de proches, etc.), le chef d'escorte prend la décision de mettre fin à l'extraction. Il en informe les personnels soignants et en rend compte immédiatement à sa hiérarchie. Le médecin ayant programmé ou sollicité la consultation en est informé, afin de pouvoir assurer la continuité des soins dont la personne détenue doit bénéficier.

CAHIER 3

DROITS DES PERSONNES DÉTENUES

P. 111 > 127

En application de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique (CSP), *« le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

La prise en charge de la santé des personnes détenues est intégrée au système de santé de droit commun[1]. Elle est placée sous la responsabilité des établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Les personnes détenues bénéficient de toutes les dispositions en faveur des droits des patients. 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.

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

FICHE 1

DROITS S'APPLIQUANT À TOUS LES DÉTENUS

1 - INFORMATION[2]

Le CSP 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* ». En outre, 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.

Le médecin doit informer la personne détenue des différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposées mais également de leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent. Il doit en outre lui présenter les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. Elle doit être claire, loyale et appropriée, pour pouvoir être bien comprise par la personne. Les risques doivent être exposés de façon mesurée, sans les diminuer ni les aggraver.

L'accès aux informations doit être modulé dans le cas d'affection psychiatrique[3].

2 - CONSENTEMENT[4]

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 CSP 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*** ».

2. Art. L. 1111-2 du CSP.
3. Art. L. 1111-7 du CSP.
4. Art. L. 1111-4 du CSP.

Cet article ajoute : « *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.* »

Et également :
« *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.* »
« *L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.* »
« *Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.* »

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 ;
- **transparent,** c'est-à-dire que la personne doit être 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 éventuelles[5].

Ce principe supporte deux exceptions : 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.

Concernant les mineurs, il est important de rappeler que l'incarcération ne porte pas atteinte aux prérogatives des titulaires de l'autorité parentale en matière de soins médicaux. Il convient donc de faire application des dispositions suivantes :
- l'article L. 1111-2 du CSP : les droits du malade mineur, notamment son droit d'être informé et de consentir à l'acte médical, sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale ;
- l'article R. 1111-26 du CSP issu du décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 : les droits du mineur relatifs à un dossier médical partagé (consentement à la création et à l'accès des professionnels notamment) sont exercés par le ou les titulaires de l'autorité parentale ;
- l'article L. 2212-7 du CSP : le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est plus obligatoire en matière d'interruption volontaire de grossesse ; la mineure non émancipée peut, si elle le désire, garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou le cas échéant, de son représentant légal. Dans ce cas, le médecin doit tout de même s'efforcer d'obtenir son accord pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, son représentant légal soient consultés. Cependant, si la mineure persiste dans son souhait, ou si elle ne parvient pas à obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, de son représentant légal, son seul consentement, exprimé librement en tête-à-tête avec le

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

médecin, emporte la décision. En ce cas, elle peut se faire accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix ;

- l'article L. 5134-1 du CSP : le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence d'un mineur ;
- l'article L. 1111-5 du CSP : le médecin peut « *se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans les cas où celle-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé* » ;
- l'article L. 1111-5-1 du CSP : l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, de dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où celle-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé ;
- l'article L. 6211-3-1 du CSP contient une disposition de même nature pour le dépistage de maladies infectieuses transmissibles.

3 - REFUS DE SOINS[6]

L'article L. 1111-4 du CSP précise :
« *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.*
Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.
Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. »

Un mineur peut garder le secret sur son refus de soin[7].

4 - DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE[8]

L'article L. 1111-6 du CSP 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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.*

6. Art. L. 1111-4 et 1111-5 du CSP.
7. Art. L. 1111-5 du CSP.
8. Art. L. 1111-6 du CSP.

Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Si le patient 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 patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.
Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.
Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge, peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. »

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[9]. 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 confidentialité[10].

Dans les cas particuliers de l'examen des caractéristiques génétiques ou encore dans le cadre des droits des malades en fin de vie, la personne de confiance interviendra dans les mêmes conditions pour la personne détenue hors d'état de s'exprimer que pour toute personne dans la même situation, et sous réserve de l'application des conditions prévues par la loi.

Pour les mineurs, la personne de confiance est désignée dès lors qu'ils souhaitent maintenir le secret sur les soins qui leur sont prodigués[11].

5 - DIRECTIVES ANTICIPÉES[12]

Comme tout autre patient, la personne détenue bénéficie de toutes les dispositions en faveur des droits des patients ; à ce titre, elle a le droit d'être informée, de consentir ou non aux soins, de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté[13].

9. Art. 49 de la loi pénitentiaire de 2009.
10. 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.
11. Art. L.1111-5 du CSP.
12. Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
13. 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 expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie, pour préciser les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

À tout moment et par tout moyen, ces directives sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé[14]. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. Elle est inscrite au dossier médical[15] et portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées dans un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil (CC), elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

La circulaire du 9 juin 2011, relative à la confidentialité des documents personnels des personnes détenues, souligne que les personnes détenues peuvent être confrontées à la difficulté de conserver, à l'abri de la curiosité ou de tentatives d'accaparement de leurs codétenus, leurs effets les plus personnels. Il peut s'agir, outre les pièces de justice mentionnant le motif d'incarcération, de tous documents relatifs à la vie privée et intime de la personne détenue : documents de nature médicale, familiale ou religieuse, correspondance, photographies, documents scolaires ou professionnels, documents bancaires.

Conformément à l'article 42 de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire, toute personne détenue dispose du droit à la confidentialité de ses documents personnels, qui peuvent être confiés au greffe de l'établissement ; ce dernier tient ces documents à la disposition de la personne concernée. Ces dispositions répondent tant à un souci de préserver la confidentialité, que d'assurer la protection des personnes détenues en détention.

14. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipe_es_10p_exev2.pdf
15. Art. L. 1111-15 du CSP – art. R. 1111-2 du CSP.

Dans ce cadre, la personne détenue peut demander que ses directives anticipées soient conservées dans son dossier médical ou les confier à toute personne de son choix (en particulier à la personne de confiance, si elle est désignée) ou les faire conserver au greffe de l'établissement, sous pli fermé, mentionnant explicitement le caractère médical confidentiel du contenu. Si les directives sont confiées à cette personne, il est souhaitable de communiquer au médecin ses coordonnées, afin qu'elles soient mentionnées dans le dossier médical.

FICHE 2

DROITS DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES EN PSYCHIATRIE[16]

Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, pour celles hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les personnes détenues hospitalisées en soins psychiatriques sans leur consentement bénéficient des droits énoncés à l'article L. 3214-2 du CSP.

Il revient au contrôleur général des lieux de privation de liberté de s'assurer « *que les droits fondamentaux des personnes privées de liberté sont respectés et de contrôler les conditions de leur prise en charge*[17] ».

Ces droits fondamentaux concernent notamment l'information du patient et le recueil de son avis sur les modalités de soins, le respect de sa dignité, du secret médical et de la confidentialité des soins, le droit de visite et le droit à la communication.

Dans l'attente de l'ouverture de toutes les unités hospitalières spécialement aménagées, des hospitalisations sans consentement des personnes détenues peuvent être 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 (CPP).

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 CPP, doivent donc être adaptés de façon à respecter d'une part les dispositions du CSP relatives aux droits des personnes accueillies dans les établissements de santé et, d'autre part, l'article D. 395 du CPP.

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 CSP 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

16. Cf. Annexe : « Droits des personnes détenues hospitalisées en psychiatrie » – art. D. 398 du CPP.
17. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un contrôleur général des lieux de privation de liberté modifiée par la loi n° 2014-528 du 26 mai 2014.

disposer d'une unité ou d'un espace fermé, ou susceptible d'être fermé, dans 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'usage des chambres d'isolement doit être déterminé par des considérations médicales et conforme aux recommandations édictées par la Haute Autorité de santé, lesquelles prévoient que tous les éléments relatifs à la mise en chambre d'isolement figurent dans le dossier du patient.

L'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dispose que **l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours**. Il ne peut y être procédé que sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance et d'une traçabilité strictes, confiées par l'établissement à des professionnels de santé. Les établissements autorisés en psychiatrie et habilités à dispenser des soins sans consentement doivent tenir un registre spécifique pour ce type de mesure, mentionnant : le nom du psychiatre, la date et l'heure de la mise en isolement, sa durée et le nom des professionnels l'ayant surveillé. Compte tenu de ces dispositions, l'isolement ou la contention des personnes détenues, au seul motif de leur statut juridique, sont à proscrire.

L'article L. 3211-3 du CSP prévoit que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles de la personne hospitalisée sans son consentement doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et à la mise en œuvre de son traitement. Ses droits fondamentaux doivent être respectés, et notamment son information et le recueil de son avis sur les modalités de soins, son droit au secret médical et à la confidentialité des soins. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée.

En tout état de cause, la personne détenue 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 soins 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 CPP 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.

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

L'envoi et la réception de courrier pour les personnes hospitalisées placées sous le régime de l'article D. 398 sont soumis à des contrôles. En détention, les personnes incarcérées ne sont autorisées à recevoir ni colis ni paquets ; 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 elle est habituellement écrouée.

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 des DVD en vente dans le commerce et dont le support visuel permet de déterminer la provenance ;
- des revues, des ouvrages d'apprentissage et des livres[18] ;
- 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 (condamné 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 (par le biais de la fiche de liaison à élaborer avec la Direction de l'administration pénitentiaire [DAP]). Dans la mesure où ces visites se déroulent sans surveillance à l'hôpital (à la différence de celles pratiquées 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.

18. Note DAP du 30 novembre 2011 sur la réception et la détention de livres brochés par les personnes détenues.

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 CPP : « *Par dérogation aux dispositions de l'article D. 318, le détenu admis à l'hôpital peut être autorisé 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 promenades, sous réserve que les conditions de sécurité soient remplies (présence soignante et lieux clos). La promenade des mineurs sera organisée de façon à ce qu'ils ne puissent pas être au contact de majeurs.

FICHE 3

DROITS S'APPLIQUANT À DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DYSPHORIE DE GENRE

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 entre 40 000 et 60 000 personnes transsexuelles[19]. 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, plusieurs difficultés ressortent pour mettre en œuvre des réponses aux besoins spécifiques pour les personnes transsexuelles[20] :

- 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, les titulaires de l'autorité parentale et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) si la personne détenue est mineure.

19. 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, http://www.has-sante.fr/portail.
20. Avis du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées du 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 d'acheter en cantines exceptionnelles[21] des produits (cosmétiques, etc.) ou des vêtements (sous-vêtements) marquant habituellement l'appartenance à un sexe autre 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. L'article R. 57-7-81 du CPP prévoit que « *les personnes détenues ne peuvent être fouillées que par des agents de leur sexe et dans des conditions qui, tout en garantissant l'efficacité du contrôle, préservent le respect de la dignité inhérente à la personne humaine* ».

La note du 15 novembre 2013 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues précise que « *la fouille intégrale réalisée par un seul personnel de surveillance doit être le principe. Toutefois, le nombre d'agents chargés de la mesure peut être adapté aux circonstances et à la personnalité de l'intéressé, en veillant à ce qu'il soit strictement limité aux besoins* ».

Dans un arrêt du 2 juillet 2015, la cour administrative d'appel de Nantes a confirmé que la fouille intégrale d'une personne détenue réalisée par un seul surveillant de son sexe tel qu'établi par l'état civil était conforme à l'article R. 57-7-81 du CPP. Par conséquent, **la règle est de faire réaliser la fouille par un personnel du sexe reconnu à l'état civil de la personne détenue.**

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, etc.).

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

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

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[22] de son désir de changer d'identité sexuelle.

22. Art. L. 1111-5 du CSP.

FICHE 4

DROIT DES PATIENTS DÉTENUS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE ATTEINTS DE PATHOLOGIES GRAVES

Les évolutions de la procédure dite « étrangers malades » et leur application aux personnes détenues feront l'objet d'un texte qui figurera dans l'actualisation 2018 du guide méthodologique. Dans l'attente de cette actualisation, les changements importants intervenus en janvier 2017 et les textes de référence sont brièvement résumés ici.

La loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France réforme la procédure qui permet, au motif des soins, l'obtention d'un titre de séjour « *vie privée et familiale* » sur le territoire (procédure dite « *étrangers malades* »).

De nombreuses évolutions participent à cette refonte procédurale. Parmi celles-ci : la décision du préfet est désormais basée sur un avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), en lieu et place de l'avis du médecin de l'agence régionale de santé (ARS) et du médecin chef de la préfecture de police pour Paris.

Les conditions d'appréciation de l'offre de soins dans le pays d'origine sont assouplies : les médecins de l'OFII doivent déterminer si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont elle est originaire, la personne ne pourrait pas y « *bénéficier effectivement d'un traitement approprié* » (dans la procédure précédente, le médecin devait apprécier « *l'existence ou non du traitement* »).

Le respect de la déontologie médicale (indépendance professionnelle, secret médical, etc.) est réaffirmé tout au long de la procédure.

Ce passage procédural au service médical de l'OFII est effectif depuis le 1er janvier 2017.

Les principaux textes d'application sont les suivants :

- Décret n° 2016-1456 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 et portant diverses dispositions relatives à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France ;

- Décret n° 2016-1457 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France et portant diverses dispositions relatives à la lutte contre l'immigration irrégulière ;
- Arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11o) du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Circulaire INTV1631686J du 2 novembre 2016 pour l'application de la loi relative au droit des étrangers – dispositions applicables à compter des 1er novembre 2016 et 1er janvier 2017 ;
- Instruction [aux ARS] n° DGS/SP1/2016/394 du 16 décembre 2016 relative au transfert de la procédure dite « étranger malade » des ARS au service médical de l'OFII au 1er janvier 2017 ;
- Information 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers (dispositions relatives à la procédure de délivrance des documents de séjour et à la protection contre l'éloignement pour raison de santé, applicables à compter du 1er janvier 2017).

Livre 3

ORGANISATION DU DISPOSITIF SANITAIRE

CAHIER 1 ▸ **ORGANISATION ET MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ** P. 131 > 151

CHAPITRE 1 – Organisation

CHAPITRE 2 – Les trois niveaux de prise en charge

CHAPITRE 3 – Personnels et équipements des USMP

CAHIER 2 ▸ **ORGANISATION DES CONSULTATIONS SANITAIRES ET PRISE EN CHARGE DE GROUPE AU SEIN DE L'USMP** P. 153 > 167

CAHIER 3 ▸ **ORGANISATION DES CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS EN DEHORS DE L'USMP** P. 169 > 191

CAHIER 4 ▸ **ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS** P. 193 > 197

CAHIER 5 ▸ **PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE** P. 199 > 209

CAHIER 6 ▸ **ORGANISATION DU PARTAGE DE L'INFORMATION** P. 211 > 219

CAHIER 7 ▸ **LES EXPERTISES MÉDICALES** P. 221 > 225

CAHIER 1

ORGANISATION ET MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

P. 131> 151

CHAPITRE 1

ORGANISATION

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.

1 - SOINS AUX PERSONNES DÉTENUES : ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ASSURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Il est rappelé qu'en application des articles L. 6111-1 et suivants et L. 6112-1 et suivants du Code de la santé publique (CSP), tels que modifiés par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les établissements de santé assurant le service public hospitalier délivrent les soins à toute personne qui recourt à leurs services et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement et à la recherche. Ils dispensent notamment des soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier[1].

2 - 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 », etc.

En tant que structure interne de l'établissement de santé de rattachement, les unités de soins prenant en charge des personnes détenues (unités sanitaires en milieu pénitentiaire [USMP], services médico-psychologiques régionaux [SMPR], unités hospitalières spécifiquement aménagées [UHSA], unités hospitalières sécurisées interrégionales [UHSI]) doivent être rattachées 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 pour les autres structures de l'établissement de santé (contrat de pôle, etc.).

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).

1. Art. L. 6111-1-2 2° du CSP.

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 placé sous la responsabilité de l'établissement de santé qui l'emploie.

3 - 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, il revient aux directeurs des établissements de santé de se concerter et de désigner un coordonnateur au sein de chaque USMP. Le coordonnateur représente les dispositifs de soins somatiques et psychiatriques. Il est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'administration pénitentiaire.

CHAPITRE 2

LES TROIS NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

Depuis 2012, les ex-unités de consultations et de soins ambulatoires [UCSA] et les SMPR sont appelées « *unités sanitaires en milieu pénitentiaire* » (USMP).

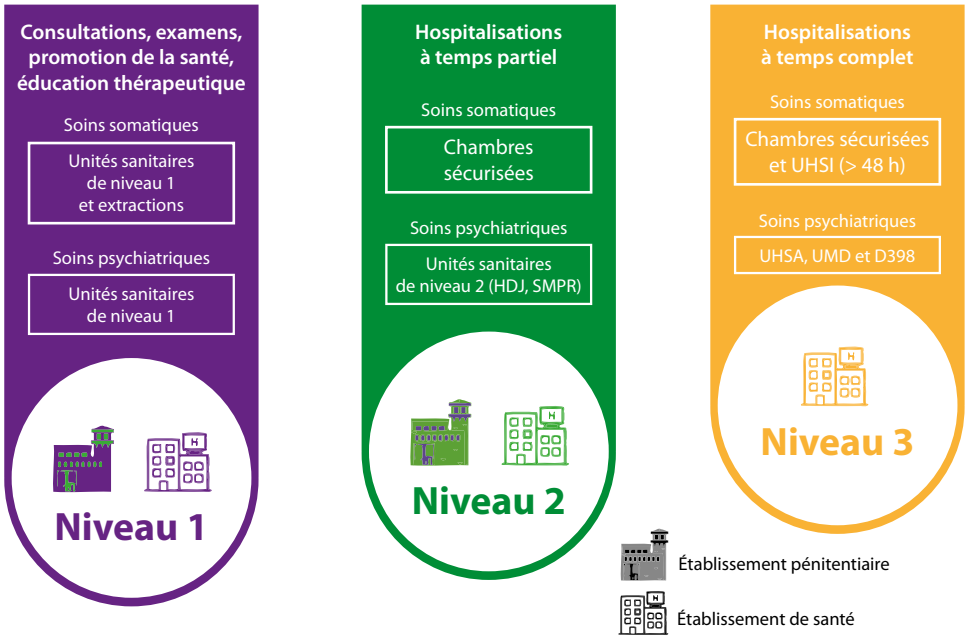
L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, organisés en trois niveaux :

- **le niveau 1** regroupe des soins ambulatoires au sein de l'USMP : les consultations, les prestations et activités, y compris les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les soins de niveau 1 sont réalisés au sein de l'USMP ;
- **le niveau 2** regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement tandis que les soins psychiatriques sont réalisés au sein des USMP dans le cas de l'hospitalisation de jour en psychiatrie ;
- **le niveau 3** regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Les soins de niveau 3 sont réalisés au sein des établissements de santé (chambres sécurisées au sein des établissements de santé, UHSI et établissement public de santé national de Fresnes [EPSNF], UHSA, unités pour malades difficiles [UMD]).

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 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 UHSA.

La législation de 2002 consacre la possibilité d'hospitalisation au sein des UHSA (avec et sans consentement).



FICHE 1

SOINS DE NIVEAU 1 : CONSULTATIONS ET ACTES EXTERNES SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

Les USMP assurent les prises en charge individuelles (consultations et actes externes) et peuvent proposer des prises en charge de groupe (type CATTP). Elles incluent deux dispositifs de soins : un dispositif de soins somatiques et un dispositif de soins psychiatriques. Une convention en précise les modalités de fonctionnement. Les soins nécessitant un plateau technique spécialisé sont réalisés en milieu hospitalier.

Un protocole détermine les conditions de fonctionnement des USMP et rappelle les obligations respectives du ou des établissements de santé, et de l'établissement pénitentiaire.

1 - MISSIONS DU DISPOSITIF DE SOINS SOMATIQUES

Le dispositif de soins somatiques 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, etc.).

Ce dispositif assure les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée en établissement pénitentiaire, la permanence et la continuité des soins. Il coordonne les actions de prévention.

2 - MISSIONS DU DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Le dispositif de soins psychiatriques assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, et d'activités thérapeutiques de groupe. Cette offre de soins nécessite que soient affectés des locaux dédiés, mais également un renforcement des équipes de soins.

Cette prise en charge est accessible à toute personne incarcérée (majeure ou mineure). Les professionnels de psychiatrie infanto-juvénile interviennent dans les établissements pénitentiaires qui accueillent des mineurs.

3 - MISSIONS COMMUNES AUX DEUX DISPOSITIFS

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.

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, etc.), 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 du comité de pilotage relatif à l'éducation/la promotion de la santé, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire, le service de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé.

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. Livre 3, Cahier 1, Fiche 3 – « Entretien des locaux (hygiène hospitalière) », « Mesures d'hygiène et de sécurité sanitaire des établissements pénitentiaires », p. 149.

Mission relative à la prise en charge des personnes présentant une ou des conduites addictives

Cf. Livre 4, Cahier 3.

FICHE 2

SOINS DE NIVEAU 2 ET 3

La prise en charge en hôpital de jour permet au patient de disposer dans la journée de soins et/ou d'examens polyvalents, individualisés, intensifs.

Les soins de niveau 2 sont assurés :
- pour les soins somatiques, en milieu hospitalier ;
- pour les soins psychiatriques, en milieu pénitentiaire, au sein des USMP.

1 - SOINS SOMATIQUES DE NIVEAU 2

Les soins somatiques de niveau 2 se distinguent des prestations délivrées lors de consultations à l'USMP. Ils incluent les consultations externes, les activités dispensées à temps partiel, de jour ou de nuit[1]. Ils se déroulent en milieu hospitalier. Ils peuvent concerner des activités de chirurgie ambulatoire (dermatologie, ophtalmologie, etc.), des « séances » (traitements de chimiothérapie, dialyse, etc.), voire des examens complémentaires.

Le patient détenu est hospitalisé dans les services correspondants à la spécialité requise ou en chambre sécurisée avec garde statique des forces de l'ordre.

2 - SOINS PSYCHIATRIQUES DE NIVEAU 2

L'hospitalisation de jour en psychiatrie est essentiellement assurée par les USMP porteuses d'un SMPR. Cependant, le développement de ce type de prise en charge doit être favorisé dans les établissements pénitentiaires dans lesquels le besoin est avéré.

3 - SOINS DE NIVEAU 3

Les soins de niveau 3, c'est-à-dire la prise en charge hospitalière à temps complet, sont assurés :
- pour les soins somatiques :
  - au sein de chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement,
  - au sein des UHSI ;

1. Art. R. 6121-4, 1° du CSP.

- pour les soins psychiatriques :
  - au sein des 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 (CPP),
  - au sein des UMD lorsque les critères cliniques le justifient.

CHAPITRE 3

PERSONNELS ET ÉQUIPEMENTS DES USMP

Ces unités disposent des mêmes moyens humains, matériels, logistiques et administratifs que toute unité hospitalière.

FICHE 1
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. Ceux rattachés à d'autres pôles d'activité restent sous la responsabilité technique de leur chef de pôle d'origine. Ils sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du médecin coordonnateur de l'USMP.

2 - SPÉCIFICITÉS À RETENIR

Le secrétariat joue un rôle essentiel. Il gère 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 est mutualisé chaque fois que cela est possible entre les deux dispositifs de soins. 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 le dispositif de soins somatiques et le dispositif de soins psychiatriques, sont décidées localement. Le personnel non médical de l'USMP 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 une USMP est désigné comme coordonnateur (cf. Livre 1, Cahier 3 – « La coordination des structures »).

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'USMP 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 ou 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 des 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.

Le personnel infirmier de l'USMP 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. Il précise 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'USMP 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'USMP ;
- 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, à la coordination et à 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. Ils peuvent être assistés par un assistant dentaire. Depuis le 26 janvier 2016, l'assistant dentaire bénéficie d'un statut. Il devient un auxiliaire médical (art. L. 4393-8 et suivants du CSP) et contribue entre autres aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire. Il est soumis au secret professionnel.

FICHE 2

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 CPP, l'administration pénitentiaire met à disposition de l'USMP des locaux destinés aux consultations et aux examens.

Un guide de programmation des locaux des USMP, réalisé par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), précise les normes à retenir.

2 - ENTRETIEN DES LOCAUX

L'entretien des locaux des USMP 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).

Conformément à l'article D. 433-3 du CPP, aucune personne détenue ne peut être affectée à ces missions dans les unités sanitaires.

3 - SYSTÈME D'INFORMATION

Un protocole relatif aux systèmes d'information des USMP des établissements pénitentiaires, signé le 27 mai 2009 par les directeurs de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), et son avenant signé en date du 19 décembre 2009 fixent les règles concernant :

- 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.

4 - PRESTATIONS MÉDICO-TECHNIQUES

4-A. PHARMACIE

Cf. Livre 3, Cahier 5.

4-B. BIOLOGIE/RADIOLOGIE

En application de l'article R. 6112-19 du CSP, 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'analyses de biologie médicale public ou privé, notamment en cas d'éloignement de l'établissement pénitentiaire.

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 dans le cadre de la construction de nouveaux établissements pénitentiaires (élaboré avec l'ANAP), prévoit une salle d'imagerie numérisée avec un panoramique dentaire. Pour les petits établissements pénitentiaires, 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.

FICHE 3

ENTRETIEN DES LOCAUX (HYGIÈNE HOSPITALIÈRE)

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.

1 - 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. Elles doivent bénéficier des mêmes dispositions que celles appliquées aux autres services hospitaliers.

1-A. INSTANCES

Instances décisionnelles

La loi HPST a modifié les règles d'organisation.

Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) n'est plus une instance obligatoire. Le principal acteur est désormais la 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. Il comprend un volet relatif aux mesures à mettre en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales[1].

Instances opérationnelles

Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)

Chaque établissement de santé se dote d'une EOH chargée de mettre en œuvre et d'évaluer le programme d'actions[2]. L'unité sanitaire, en tant qu'unité de soins déportée, doit pouvoir bénéficier, comme chacune des autres unités, des services et 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.

Les référents d'hygiène hospitalière[3]
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.

1-B. MISSIONS ET ACTIONS

De l'équipe opérationnelle d'hygiène :
- 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 de la CME ;
- transmettre à l'EOH les informations relatives au signalement d'infection nosocomiale et participer, le cas échéant, à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques ;
- participer aux recueils de la surveillance en incidence et en prévalence.

2 - MESURES D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Le ministère des Solidarités et de la Santé est garant de l'exécution des lois et des règlements se rapportant à la santé publique.

2-A. ACTEURS

Comité interministériel de coordination de la santé

Selon l'article 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).

Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et agences régionales de santé (ARS)

Selon l'article 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. »

Médecin coordonnateur de l'unité sanitaire

Aux termes de l'article D. 380 du CPP :
« *Le médecin responsable des structures visées à l'article 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. »

2-B. TRAITEMENT DES DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS

Selon l'article 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 2

ORGANISATION DES CONSULTATIONS SANITAIRES ET PRISE EN CHARGE DE GROUPE AU SEIN DE L'USMP

P. 153 > 167

L'établissement de santé de rattachement de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) est chargé, conformément aux dispositions des articles R. 6112-19 et R. 6112-20 du Code de la santé publique (CSP), reprises par l'article D. 379 du Code de procédure pénale (CPP), d'organiser la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Il coordonne également des actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre au sein de l'établissement pénitentiaire.

Les modalités d'intervention de l'établissement de santé sont prévues par l'article R. 6112-16 du CSP et précisées par le protocole signé par les différents partenaires concernés[1]. Ce protocole précise les modalités d'intervention des personnels de l'USMP.

Si l'établissement de rattachement de l'USMP n'a pas d'activité de psychiatrie, l'intervention d'un établissement psychiatrique est déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé (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[2] et notamment l'article R. 57-8-1 du CPP, et celles fixées dans le protocole signé entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé concernés[3].

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 protection judiciaire de la jeunesse (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.

Le suivi médical de la personne détenue comporte 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.

1. Art. R. 6112-23 du CSP.
2. Art. R. 6112-14 à R. 6112-27 du CSP.
3. Art. R. 6112-16 al.1 et listées dans R. 6112-23 du CSP.

FICHE 1

CONSULTATION ARRIVANT : EXAMEN MÉDICAL D'ENTRÉE DES PERSONNES DÉTENUES VENANT DE L'ÉTAT DE LIBERTÉ[4]

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, et la prévention du risque suicidaire.

À ce titre, dans le cas où un mineur fait l'objet d'une prise en charge par un service PJJ, en amont de son incarcération, les professionnels de la PJJ peuvent transmettre à l'unité sanitaire : le recueil d'information santé (RIS)[5], voire le projet d'accueil individualisé (PAI)[6] établi dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique. L'accord du mineur et des titulaires de l'autorité parentale est alors nécessaire.

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, accompagné d'une notice, au juge des libertés et de la détention. Celle-ci, outre les informations sur les données pénales concernant le prévenu, comporte des éléments sur sa personnalité. Le magistrat la transmet également, 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 2008[7], délivre, lors de l'examen d'entrée :

- les avis et conseils nécessaires à la poursuite des activités physiques et sportives qui ne dépendent pas de la réglementation du sport de compétition, et les certificats de non contre-indication nécessaires pour les activités relevant d'une fédération sportive ;
- 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).

4. Art. R. 6112-19 du CSP et R. 57-8-1 du CPP.
5. Le RIS 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 éducative. Cf. *Guide des dispositions en santé à la PJJ*, 2008.
6. Le PAI résulte d'une concertation entre les différents acteurs de la vie de la personne mineure. Il organise les modalités de sa vie quotidienne dans l'institution, dans le respect des compétences de chacun et en fonction de ses besoins (affection de longue durée : pathologie, handicap, etc.). Cf. *Guide des dispositions en santé à la PJJ*, 2008.
7. Lien internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-06/ste_20080006_0100_0081.pdf

FICHE 2

CONSULTATION À LA DEMANDE DE LA PERSONNE DÉTENUE

L'acheminement des demandes de consultations vers l'USMP est assuré, de façon préférentielle, au moyen d'une boîte aux lettres réservée à cet effet. Celle-ci est directement accessible aux personnes détenues à l'occasion de leurs mouvements en détention. Seuls les personnels soignants en 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. L'application Genesis permet également de transmettre des demandes et d'en assurer la traçabilité, en garantissant la confidentialité et le secret (en ne spécifiant pas le motif de consultation).

Le secrétariat de l'USMP recense et traite les demandes reçues avec les personnels soignants concernés. Il programme les rendez-vous à l'USMP.

À cet effet, et afin de limiter la non-présentation à la consultation, il peut prendre en compte les informations relatives à la disponibilité de la personne détenue concernée, par tout moyen qu'il juge adapté, notamment par la consultation de Genesis *via* le profil spécifique attribué.

Dans la mesure du possible, il informe la personne concernée par écrit (par exemple par la remise à la personne concernée, lors de la distribution des médicaments en bâtiment, d'un avis de rendez-vous).

Chaque jour le secrétariat remet au surveillant de l'unité sanitaire la liste des personnes détenues attendues à l'USMP, au plus tôt, pour le lendemain. Cette liste est remise suffisamment en avance, afin que l'information puisse être transmise au personnel de surveillance affecté en bâtiment. Ces listes ne mentionnent pas le motif de consultation.

FICHE 3

CONSULTATION SORTANT : EXAMEN MÉDICAL DE SORTIE DES PERSONNES DÉTENUES CONDAMNÉES

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 ».

« *La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans un continuum, 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.

1 - 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.

2 - GRANDS PRINCIPES DE CETTE CONSULTATION

2-A. 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'examens, courriers médicaux, carnets de vaccination, etc.) sont fournis au patient.

Si la personne a bénéficié d'une démarche d'éducation thérapeutique, il est recommandé de délivrer les informations et de 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. Livre 7 – « Droits sociaux et financements des soins »).

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 service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), le service de la 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 caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), à établir ou à rassembler l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la personne pour qu'elle puisse bénéficier, après sa sortie, d'un suivi médical et social. La mobilisation de divers services nécessite leur coordination.

Il s'agit en particulier des documents concernant l'accès aux droits et l'ouverture des droits des personnes détenues et de leurs ayants droit (cf. Livre 7 – « Droits sociaux et financements des soins ») ou le retour à la qualité d'ayant droit pour les mineurs pouvant en bénéficier : attestation de carte Vitale, couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), allocation aux adultes handicapés (AAH), aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), minima sociaux ; pour les personnes en situation irrégulière, la continuité suppose d'initier la demande d'aide médicale de l'État (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 doit être portée sur les conditions d'hébergement ou de logement.

2-B. 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 :

- un examen médical et un bilan de santé à la sortie, pour les personnes non suivies régulièrement par le service de santé ;
- une nouvelle proposition de dépistages pour les personnes n'en ayant pas bénéficié récemment (VIH, VHB, VHC, syphilis, etc.) ;
- en fonction de l'âge, information et incitation à réaliser les dépistages du cancer colorectal, de la prostate et du sein ;
- pour les personnes présentant une conduite addictive, le projet de sortie avec les intervenants spécialisés (le centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie [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 charge ;
- une orientation vers des ressources associatives peut être proposée si besoin.

FICHE 4

CONSULTATIONS AU QUARTIER D'ISOLEMENT, QUARTIER DISCIPLINAIRE OU EN CONFINEMENT

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'USMP si son état clinique, ou le suivi de ces soins, le nécessite.

1 - VISITES AUX PERSONNES DÉTENUES PLACÉES À L'ISOLEMENT[8]

La liste des personnes présentes au quartier d'isolement est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale de l'USMP.

Le médecin visite les personnes détenues au quartier d'isolement au moins deux fois par semaine et chaque fois qu'il l'estime nécessaire. À l'occasion de ce déplacement, il vise le registre de visite.

Lorsque le médecin constate que l'exécution de la mesure est de nature à compromettre la santé de la personne détenue[9], il rédige un certificat qu'il remet à l'administration pénitentiaire (« l'état de santé actuel de X est incompatible avec son maintien au quartier d'isolement »).

Les décisions du directeur interrégional des services pénitentiaires de prolonger l'isolement administratif au-delà de six mois[10] ou du ministre de la Justice de prolonger l'isolement administratif au-delà d'un an[11] sont prises sur rapport motivé du directeur interrégional des services pénitentiaires. Le médecin est informé par

8. Art. R. 57-7-63 et R. 57-7-64 du CPP.
9. Art. R. 57-8-1 du CPP.
10. Art. R. 57-7-68 du CPP.
11. Art. R. 57-7-68 du CPP.

l'administration pénitentiaire. Dans le cadre de la procédure de prolongation de la mesure d'isolement, l'avis du médecin est obligatoire[12].

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.

2 - VISITES AUX PERSONNES DÉTENUES PLACÉES AU QUARTIER DISCIPLINAIRE[13]

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 présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale de l'USMP. Le médecin visite, sur place, chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. Cette visite peut avoir lieu en présence du personnel pénitentiaire avec l'accord ou à la demande du médecin, dans le respect du secret professionnel, 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 l'USMP.

La circulaire DAP/DPJJ du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs indique que le placement en confinement ou en quartier disciplinaire n'interrompt pas la continuité de l'intervention éducative de la PJJ auprès des mineurs détenus.

Durant la sanction, la continuité de la prise en charge éducative vise au maintien du lien éducatif, au repérage de demandes ou de besoins du mineur et à l'articulation avec le service de santé.

La visite peut également être demandée par la personne détenue elle-même. Toute personne détenue peut bénéficier de soins dispensés au sein de l'USMP, 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 pas les fiches individuelles de procédure disciplinaire.

La demande d'avis médical préalable à une mise au quartier disciplinaire n'est pas prévue par la réglementation (CPP). Il en est de même pour les mises au quartier disciplinaire préventives, avant que la sanction ne soit prononcée. Cependant, un avis médical peut être sollicité par la personne placée de manière préventive au quartier disciplinaire. Les personnels pénitentiaires signalent également à l'équipe sanitaire tout élément justifiant un examen médical pendant cette période. 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 écrit destiné au chef de l'établissement pénitentiaire. À la suite de cet avis, le chef d'établissement pénitentiaire suspend la sanction. Enfin, les personnes détenues prises en charge en hospitalisation de jour en psychiatrie, au

12. Art. R. 57-7-64 et R. 57-7-73 du CPP.
13. Art. R. 57-7-31 du CPP.

sein de l'établissement pénitentiaire, ne peuvent pas être placées au quartier disciplinaire, sans qu'un médecin du service ne se soit prononcé sur la compatibilité de l'interruption de l'hospitalisation avec leur état de santé.

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

3 - VISITES AUX PERSONNES DÉTENUES PLACÉES EN CONFINEMENT EN CELLULE INDIVIDUELLE ORDINAIRE[14]

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 à l'équipe médicale de l'USMP. 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'intéressé.

Dans le cadre de ses visites au quartier disciplinaire ou en cellule ordinaire, le médecin qui constate que l'exécution de la mesure de confinement est de nature à compromettre la santé de la personne détenue[15], rédige un certificat qu'il remet à l'administration pénitentiaire. Ce certificat se limite à la formulation suivante : « L'état de santé actuel de X est incompatible avec son maintien au quartier disciplinaire/avec la mesure de confinement. »

14. Art. R. 57-8-1 et R. 57-7-31 du CPP.
15. Art. R. 57-7-31 du CPP.

FICHE 5

CONSULTATION D'UN GRÉVISTE DE LA FAIM

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'USMP 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[16]. Le suivi médical est organisé en fonction de l'évaluation clinique. Si une personne détenue se livre à une grève de la faim, elle ne peut pas être traitée sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement, et seulement sur décision et sous surveillance médicale[17].

Lorsque cela s'avère nécessaire, le médecin de l'USMP peut organiser l'hospitalisation d'une personne en grève de la faim et/ou de la soif. Il en informe alors le chef d'établissement pénitentiaire. Ce dernier 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[18], voire du directeur interrégional de la PJJ et les détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs.

16. Art. L. 1111-4 du CSP et 36 du Code de déontologie médicale, R. 4127-36 du CSP.
17. Art. D. 364 du CPP.
18. Art. D. 280 du CPP.

FICHE 6

ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES DE GROUPE

Afin de renforcer et de diversifier l'offre de soins psychiatrique aux personnes détenues, les USMP peuvent proposer des activités thérapeutiques de groupe, sous la forme de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ; l'activité thérapeutique vient alors en soutien du processus de soins engagé.

La prise en charge proposée au sein d'un CATTP s'appuie sur des actions de soutien et de thérapeutique de groupe visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome. Le CATTP propose des activités d'une demi-journée au plus (ex : musique, peinture, expression corporelle, théâtre). Par ce biais, les activités favorisent les approches relationnelles, la communication et l'affirmation de soi. La prise en charge des patients est assurée par une équipe soignante dédiée, pour laquelle des moyens financiers spécifiques sont alloués. Compte tenu du nombre de participants attendus, et même si ce nombre est relativement modeste, une salle d'activité est nécessaire. Lorsque les bénéficiaires sont des mineurs, ils ne doivent pas être mis au contact des majeurs.

FICHE 7
TÉLÉMÉDECINE

La mise en place d'un réseau de télémédecine (visioconférence, téléradiologie, télétransmission des résultats, téléconsultation, télé-expertise) 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. Et ce en garantissant la sécurité et la confidentialité des informations transmises.

Ce dispositif permet d'améliorer l'offre de soins pour les détenus en :
- diminuant le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous médical ;
- incitant les médecins situés loin des établissements pénitentiaires à se porter volontaires pour soigner les détenus ;
- proposant un plus grand choix à des spécialités médicales ;
- garantissant le respect du secret médical.

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.

Le programme ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) a pour objectif de déployer la télémédecine en France (art. 36 de la LFSS 2014). Il vise, en outre, à améliorer l'accès aux soins des patients, dans le cadre de leur parcours de soins, en lien avec le médecin traitant. De récentes évolutions législatives (art. 91 de la LFSS pour 2017) ont permis le déploiement de la télémédecine sur tout le territoire national, avec une prolongation de l'expérimentation.

Les patients éligibles à ce programme sont ceux présentant une affection de longue durée – et pris en charge en ville ou en établissement de santé dans le cadre des actes et des consultations externes – et les résidents en structure médico-sociale (qu'ils souffrent ou non d'une ALD).

Il est dès lors possible pour les établissements et médecins requis de facturer des téléconsultations et des télé-expertises au titre des actes et des consultations externes, dans le respect du cahier des charges au bénéfice des patients détenus en ALD.

Afin de faciliter ce déploiement, la loi supprime également l'obligation de conventionnement avec l'ARS.

FICHE 8

APTITUDE AUX SPORTS ET AUTRES ACTIVITÉS

L'activité sportive en milieu carcéral est un vecteur de promotion de la santé, de désistance[19] et de réhabilitation. Elle rythme la vie en détention, constitue un outil de sa gestion et favorise la réadaptation sociale. Elle est d'autant plus importante que l'incarcération est un facteur de sédentarité. Pour ces raisons, elle est encouragée chez toutes les personnes détenues, quels que soient leur âge et leur sexe. Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap bénéficient de programmes adaptés.

Néanmoins, l'activité physique peut être responsable d'accidents de nature médicale ou de pathologies qui justifient, dans certains cas, un accompagnement médical. Les accidents traumatiques liés au sport sont fréquents en milieu carcéral. Des troubles musculo-squelettiques peuvent également survenir, en lien avec la pratique de l'exercice physique.

En outre, les pratiques de dopage chez les personnes détenues sont observées et justifient une attention particulière.

Le médecin de l'USMP est chargé d'examiner la personne détenue dans le cadre de la délivrance d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive[20], lorsque ce certificat est nécessaire en raison de la participation à une compétition ou d'une adhésion à une fédération. Si besoin, les examens complémentaires nécessaires sont réalisés avant la délivrance du certificat. C'est l'occasion de rappeler les bonnes pratiques d'exercices physiques (échauffement, alimentation et hydratation) afin de limiter le risque de pathologies traumatiques et musculo-tendineuses. Une information sur le dopage et ses risques est délivrée.

Une attention particulière est portée aux demandes de compléments alimentaires par les personnes détenues. À ce titre, dans le cadre du plan national de prévention du dopage et des conduites dopantes 2015-2017, le ministère chargé des Sports, l'Ordre national des pharmaciens et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) se sont associés pour sensibiliser les sportifs sur l'utilisation des compléments alimentaires. Ils rappellent qu'une alimentation équilibrée suffit le plus souvent à couvrir les besoins en nutriments, en minéraux et en vitamines et recommandent l'utilisation des produits conformes à la norme NF V 94-001.

19. Il s'agit de facteurs dynamiques, à la fois objectifs et subjectifs, qui renvoient aux ressources dont dispose le délinquant pour s'inscrire dans un processus de sortie de la délinquance. Bibliographie de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive, février 2013.
20. Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.

Ce type de produits est habituellement distribué par les pharmacies d'officine, mais la pharmacie de l'USMP n'en distribue pas. Pour ces raisons, et afin d'éviter l'entrée de produits non conformes et non associés à un conseil spécialisé, l'administration pénitentiaire propose, en cantine exceptionnelle, un complément alimentaire normé. Pour pouvoir acheter le complément alimentaire, la personne détenue doit produire un justificatif de l'USMP, mentionnant qu'elle a été reçue dans le cadre d'une demande de compléments alimentaires et a obtenu les conseils nécessaires. Ce justificatif – qui n'est pas un certificat médical – permet de lui assurer l'accès à une information dont elle aurait pu bénéficier auprès d'un pharmacien en officine.

On trouvera sur le site internet du ministère chargé des Sports une documentation sur les risques du dopage. En outre, l'administration pénitentiaire met à disposition, *via* son intranet (APNET/missions/sport/affiches musculation), des affiches décrivant les bonnes pratiques de musculation.

CAHIER 3

ORGANISATION DES CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS EN DEHORS DE L'USMP

P. 169 > 191

FICHE 1

ORGANISATION DES CONSULTATIONS SANITAIRES EN DEHORS DE L'USMP

Conformément aux dispositions de l'article R. 6112-23 du Code de la santé publique (CSP), l'établissement de santé de rattachement assure l'accès des personnes détenues aux soins (consultations ou examens) qui ne peuvent être réalisés au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). 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 par les textes correspondants[1] (cf. Livre 2, Cahier 1, Fiche – « Règles de sécurité »).

Comme pour tout examen médical, les rendez-vous organisés en dehors de l'USMP nécessitant une extraction médicale sont proposés à la personne détenue. Ils nécessitent son consentement éclairé et celui du détenteur de l'autorité parentale, si cette personne est mineure. La nature de l'examen et les conditions de sa réalisation (dont la non-connaissance de la date d'examen) sont expliquées à la personne. Une documentation peut lui être remise à cet effet.

Le secrétariat de l'USMP programme les examens médicaux à l'extérieur (consultation externe, examen de radiologie, etc.) en lien avec l'administration pénitentiaire. En consultant Genesis, il peut tenir compte des extractions déjà envisagées et vérifier la disponibilité de la personne détenue.

Si besoin, un transport sanitaire est prescrit par le médecin de l'unité sanitaire et organisé par l'administration pénitentiaire. Les conditions de prescription des transports sanitaires sont précisées à la fin de ce cahier, Fiche 7 – « Transports ».

1. Circulaire 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).

FICHE 2

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

Chaque région dispose d'au moins une USMP dispensant des soins psychiatriques de niveau 2.

1 - MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

L'hospitalisation de jour en psychiatrie se déroule en milieu pénitentiaire, pour permettre au patient d'accéder facilement aux différentes activités et consultations nécessaires. Pendant la durée de l'hospitalisation de jour, le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention.

Les cellules d'hébergement sont dédiées aux patients pris en charge et permettent, dans la mesure du possible, un accès facilité à l'unité de soins. Leur situation au sein de l'établissement pénitentiaire doit permettre des déplacements facilités vers le lieu de soins.

L'objectif à atteindre est une place en cellule d'hébergement pour 100 places de détention. Le but est que l'ensemble de la population pénale d'un secteur géographique donné puisse avoir accès à cette offre de soins. La nécessité d'installation de cette offre sera étudiée lors de chaque ouverture d'établissement pénitentiaire. 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 correspondant à plus de 20 places, un second site assurant des soins de niveau 2 doit être prévu (sous réserve des contraintes architecturales des établissements pénitentiaires).

L'encellulement individuel doit être privilégié. Les personnes détenues placées dans ces cellules doivent néanmoins pouvoir accéder aux équipements collectifs. Leur entretien et leur équipement relèvent de l'administration pénitentiaire.

2 - 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.

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.

3 - RÔLE DES SURVEILLANTS PÉNITENTIAIRES AFFECTÉS AUX CELLULES D'HÉBERGEMENT

Les cellules d'hébergement sont gérées par l'administration pénitentiaire. Elles 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.

4 - LES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX (SMPR)

Les 26 établissements pénitentiaires sièges de SMPR disposent 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, en cohérence avec les besoins de soins qui leur sont propres.

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 dispositifs de soins psychologiques (DSP) des unités sanitaires de leur région et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Par exemple, l'élaboration d'un projet régional d'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, qui pourra être intégré au projet territorial de santé mentale ;
- 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'Instituts de formation en soins infirmiers [IFSI], etc.) et formation continue.

FICHE 3

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS AU CENTRE HOSPITALIER DE RATTACHEMENT

1 - EN HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL

Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement, lorsque son plateau technique le permet. Ils sont dispensés à temps partiel et concernent notamment la chirurgie ambulatoire ou certains traitements.

2 - EN HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET

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. Elles 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[2]. 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.

2. http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/101-DAP-b.pdf

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 à laquelle la chambre sécurisée est intégrée.

2-A. 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 celui-ci 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-B. 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'UHSI est très important et que la durée d'hospitalisation restante estimée est courte, celle-ci peut se prolonger au-delà de 48 heures.

FICHE 4

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS À L'UHSI OU À L'EPSNF[3]

Huit UHSI sont réparties sur le territoire. Elles 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 et la note DAP/DGOS du 5 juillet 2013 (cf. annexe N – « Carte UHSI »).

Les UHSI sont des structures hospitalières qui prennent en charge l'ensemble des hospitalisations, hors hospitalisations urgentes et de courte durée (excepté celles des établissements pénitentiaires rattachés à l'établissement de santé siège de l'UHSI), ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé.

Une hospitalisation en UHSI ne requiert pas une hospitalisation préalable dans une chambre sécurisée. Le patient peut être adressé directement à l'UHSI.

Dans la mesure du possible, la personne détenue est avertie une demi-journée à l'avance de son hospitalisation. Avant tout départ vers l'UHSI, le consentement éclairé de la personne détenue (et des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale lorsqu'elle est mineure) est recueilli par l'unité sanitaire ayant proposé l'hospitalisation et l'information sur les conditions de prise en charge à l'UHSI lui est délivrée, avec en particulier la remise du livret d'accueil de l'UHSI. Les personnes détenues admises à l'hôpital continuant de subir leur peine, la réglementation pénitentiaire leur demeure applicable.

Les personnes détenues hospitalisées en UHSI bénéficient de toutes les garanties prévues par la réglementation pour préserver les droits des patients. Ces droits concernent notamment l'information du patient sur son état de santé, le consentement et le refus de soin, la désignation d'une personne de confiance et la rédaction des directives anticipées.

Les personnels pénitentiaires assurent la surveillance et la sécurité des personnes et des locaux ; la gestion de l'ouverture des portes des chambres de la zone de soins et d'hébergement de l'UHSI est définie localement par le chef de l'établissement pénitentiaire en concertation avec les professionnels de santé concernés ; le nombre de chambres simultanément ouvertes doit se limiter à la stricte nécessité médicale.

3. Établissement public de santé national de Fresnes.

Les UHSI 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 à être hospitalisés, dans d'autres services de soins ou médico-techniques. Ils sont alors accompagnés de personnels sanitaires et d'une escorte pénitentiaire ou des forces de l'ordre. Dans le but d'une articulation efficace entre les équipes, il est souhaitable que préalablement à l'escorte, le responsable pénitentiaire communique les mesures de sécurité envisagées au responsable médical de l'UHSI, celles-ci devant toujours respecter la dignité de la personne et le secret médical.

Lorsqu'un patient a besoin d'une consultation de spécialiste sans recours à un plateau technique particulier, les praticiens spécialistes se déplacent au sein de l'UHSI. 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 de l'administration pénitentiaire.

Une commission de coordination locale est mise en place pour assurer le suivi du fonctionnement de l'UHSI et la coordination entre les professionnels des différents services appelés à y intervenir : personnels hospitaliers et pénitentiaires et personnels de la protection judiciaire de la jeunesse intervenant auprès des mineurs hospitalisés.

Un protocole de fonctionnement précise l'organisation interne de l'UHSI : missions des acteurs concernés, conditions d'admission, de sortie et de transport des personnes détenues, circulation de l'information, conditions de déambulation des patients dans les couloirs ou espaces extérieurs, si la configuration architecturale le permet, etc.

FICHE 5

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS À L'UHSA

1 - PRINCIPES GÉNÉRAUX

Selon l'article L. 3214-1 du CSP modifié par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues 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 :
« *I. – Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée.*
II. – Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du I de l'article L. 3211-2-1 [c'est-à-dire, hospitalisation complète]*. Leur hospitalisation 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 adaptée.*
III. – Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues aux I et II du présent article. »

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 unités hospitalières spécifiquement aménagées (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.

Dans l'attente du déploiement du programme de création des unités hospitalières spécialement aménagées, l'hospitalisation complète en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux peut être réalisée dans un établissement de santé habilité à recevoir des patients en soins sans consentement.

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. Cette dernière assure les transferts, le contrôle des entrées et des sorties. Elle n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf demande 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)[4].

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, pénitentiaire et éducative pour les mineurs.

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 puisse prendre toute décision concernant l'aménagement de peine. Cette décision conditionnera le lieu de l'hospitalisation.

L'hospitalisation d'un mineur au sein d'une UHSA nécessite l'adaptation du projet médical pour qu'il puisse bénéficier de la poursuite du suivi éducatif qui s'impose avec les mineurs. Dans ce cadre, le travail d'accompagnement éducatif engagé avant son hospitalisation se poursuit durant son séjour à l'UHSA. Il s'agit d'inscrire son suivi médical dans un parcours éducatif, en préparant la suite de l'hospitalisation et en continuant de construire un projet de sortie d'incarcération. Pour ce faire, les services éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) devront être informés des principales décisions concernant le mineur, et en particulier de celles concernant les procédures d'admission et de sortie.

4. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_105_180311.pdf

3 - MODALITÉS D'HOSPITALISATION

3-A. HOSPITALISATION AVEC CONSENTEMENT AU SEIN D'UNE UHSA

Les UHSA sont les seuls lieux d'hospitalisation complète en psychiatrie pour les patients détenus avec leur consentement – ou celui des titulaires de l'autorité parentale s'ils sont mineurs. L'ensemble des modalités organisationnelles afférentes sont réglées par la circulaire du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

3-B. HOSPITALISATION DANS LE CADRE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DISPENSÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ASSURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER – HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT[5]

L'hospitalisation sans consentement des personnes détenues est régie par l'article L. 3214-1 II. du CSP. Elle ne peut avoir lieu que sous forme d'hospitalisation complète ; elle est réalisée dans un établissement autorisé en psychiatrie chargé d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, au sein d'une UHSA ou, sur la base d'un certificat médical, dans toute unité adaptée, notamment les unités pour malades difficiles (UMD).

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'observation 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 le service public hospitalier, 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[6].

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 CPP, il revient à un médecin intervenant dans l'unité sanitaire 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, une admission en soins psychiatriques sous la forme

5. Art. L. 6111-1-2.1° et L. 3222-1 du CSP.
6. Art. L. 3214-3 du CSP.

d'une hospitalisation complète[7]. En revanche, le Conseil d'État a eu l'occasion, dans un arrêt du 9 juin 2010, de préciser que « *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*[8] ».

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 ou du 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[9].

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, voire un pédopsychiatre pour les mineurs ;
- 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 par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État du département et à la commission départementale des soins psychiatriques.

Certificat de maintien en hospitalisation

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

- dans le mois qui suit la décision d'admission ;
- puis mensuellement.

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

La 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, modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, crée un contrôle systématique par le JLD impliquant l'organisation d'audiences.

Le JLD doit être saisi dans un délai de 8 jours et dispose d'un délai de 12 jours à compter de l'admission prononcée par le préfet pour statuer sur le maintien ou non de la mesure d'hospitalisation sans consentement. En cas de maintien de la mesure, les contrôles par le JLD doivent intervenir tous les 6 mois à compter de l'admission prononcée par le préfet, et il doit être saisi dans un délai de 15 jours avant l'expiration du délai de 6 mois pour

7. Art. L. 3214-3 du CSP.
8. Conseil d'État, section du contentieux, 9 juin 2010, n° 321506 (http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000022364593&fastReqId=839558730&fastPos=1).
9. Art. L. 3214-3 du CSP.

ce faire. Dans tous les cas, la saisine du JLD doit être accompagnée de l'avis d'un psychiatre de l'établissement de santé d'accueil sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation[10].

L'audience se déroule dans l'établissement de santé, dans une salle attribuée au ministère de la Justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance (TGI), selon les modalités prévues par une convention conclue entre le TGI et l'agence régionale de santé (ARS). Si le juge estime que la salle ainsi aménagée ne satisfait pas aux exigences requises, il peut décider que l'audience se tiendra au TGI. À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est assistée ou représentée par un avocat.

À l'issue d'une mesure de soins sans consentement en UHSA, un psychiatre de l'établissement informe, le cas échéant, la personne détenue de la possibilité de bénéficier de soins psychiatriques libres. Si elle y consent, la modification du régime de soins (sans consentement puis avec consentement) ne requiert pas qu'elle retourne préalablement en détention.

10. Art. L. 3211-12-1 et L. 3214-2 du CSP.

FICHE 6

ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS À L'UMD

Les patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières, peuvent être pris en charge au sein d'UMD.

L'admission du patient est prononcée par arrêté du préfet du département où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient avant son admission en UMD, au vu d'un certificat médical détaillé établi par le psychiatre de l'établissement et de l'accord du psychiatre de l'UMD. Une copie de l'arrêté est transmise au préfet du département dans lequel se situe l'établissement de rattachement de l'UMD qui reçoit le patient[11].

Dans l'objectif de maintenir ou de restaurer les relations du patient avec son entourage, le lieu de l'hospitalisation en UMD est déterminé en considération des intérêts personnels et familiaux du patient.

La commission du suivi médical mentionnée à l'article R. 3222-4 du CSP est indépendante et composée de médecins psychiatres extérieurs à l'UMD ; elle peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé dans l'UMD de son département d'implantation et examine au moins tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé dans l'unité.

L'établissement de santé dans lequel était hospitalisé le patient ayant fait l'objet de la demande d'admission dans l'UMD doit organiser, à la sortie du patient de l'unité, les conditions de la poursuite des soins sans consentement, lorsqu'elle est décidée conformément à l'article R. 3222-6 du CSP.

11. Art. R. 3222-2 du CSP.

FICHE 7
TRANSPORTS

1 - L'INDICATION DE TRANSPORT

C'est au médecin de l'unité sanitaire, ou de l'établissement hospitalier, qu'il appartient de prescrire le mode de transport le mieux adapté à l'état de santé et au niveau d'autonomie du patient, dans le respect du référentiel de prescription des transports.

Situation médicale	Mode de transport préconisé	
1. La personne présente au moins une déficience ou une incapacité impliquant :	un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise	Ambulance
	une surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène	
	la nécessité d'être portée ou brancardée	
	un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie	
	l'utilisation d'aide technique (ex : béquilles) ou humaine pour se déplacer	Taxi conventionné ou véhicule sanitaire léger (VSL)
	l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante, en l'absence d'un accompagnant	
	un respect rigoureux des règles d'hygiène ou la désinfection rigoureuse du véhicule pour prévenir le risque infectieux	
2. La personne est soumise à un traitement ou à une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.		
3. La personne ne présente pas l'un des critères listés ci-dessus.		Véhicule de l'administration pénitentiaire

Pour les patients répondant aux cas 1 et 2 ci-dessus, les médecins disposent de deux formulaires pour établir la prescription :

- le formulaire « Prescription médicale de transport » (Cerfa n° 50742*04) ;
- le formulaire « Demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale » (Cerfa n° 50743*05) en cas de transport de plus de 150 km ou en série (transports comportant 4 déplacements de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour un même traitement), en cas de voyage en avion ou en bateau de ligne

régulière, ou encore de transports vers les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

La prescription médicale doit être établie avant le transport, sauf en cas d'urgence médicale (appel du SAMU – centre 15). Dans ce cas, la prescription peut être remplie *a posteriori* par un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient a été admis.

Vaut prescription médicale une convocation au contrôle médical ou à une consultation médicale d'appareillage (art. R. 322-10-2 du CSS). La convocation, qui vaut prescription, précise le moyen de transport sanitaire le moins onéreux compatible avec l'état du patient.

2 - MODALITÉS D'ORGANISATION DU TRANSPORT

En fonction du profil de dangerosité de la personne détenue, une demande de renfort par les forces de sécurité intérieure : l'AP, qui a la connaissance de cette dangerosité se charge de la demande.

2-A. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ POUR DES SOINS SOMATIQUES (HORS UHSI)

L'organisation du transport aller/retour de la personne détenue en vue d'une hospitalisation, ou d'une consultation extérieure vers l'établissement de santé de rattachement, incombe à l'administration pénitentiaire. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Si l'état de santé et le niveau d'autonomie de la personne détenue le nécessitent, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée par un médecin de l'unité sanitaire.

L'établissement pénitentiaire organise le transport sanitaire (choix du transporteur et commande de la prestation), de manière coordonnée avec les personnels de santé de l'unité sanitaire. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Par exception, dans les petites maisons d'arrêt qui ne disposent pas des moyens suffisants, la garde et l'escorte des détenus peuvent être assurées par les forces de l'ordre.

2-B. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES EN UHSI

Le transport aller/retour de la personne détenue est organisé par des personnels pénitentiaires, avec un véhicule de l'administration pénitentiaire. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Si l'état de santé et le niveau d'autonomie de la personne détenue le nécessitent, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée par un médecin de l'unité sanitaire.

L'établissement pénitentiaire organise le transport sanitaire, en lien avec les personnels de santé. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Dès lors que la personne détenue est hospitalisée sous garde statique, au sein du centre hospitalier de rattachement, l'organisation du transport vers l'UHSI incombe à l'établissement de santé.

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'UHSI.

La garde (statique) des détenus hospitalisés sur les plateaux techniques, hors de l'UHSI, est assurée par les forces de l'ordre ou de l'administration pénitentiaire.

2-C. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DÉTENUES EN UHSA[12]

Les modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux au sein des UHSA, sont encadrées par le décret n° 2010-507 du 18 mai 2010.

Transport aller vers l'UHSA

Deux cas doivent être distingués :

Hospitalisation du patient avec son consentement
Le transport de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée d'une personne détenue devant être hospitalisée avec son consentement incombe à l'administration pénitentiaire.

Si l'état de santé de la personne détenue le nécessite, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Sur prescription médicale, un accompagnement du transport par du personnel hospitalier de l'établissement de santé siège de l'unité peut être envisagé.

Hospitalisation du patient sans son consentement[13]
Le transport, de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée, d'une personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement, incombe à l'établissement de santé siège de l'unité spécialement aménagée.

La personne détenue est accompagnée par le personnel soignant de l'établissement de santé et escortée par le personnel pénitentiaire.

12. Art. R. 3214-21 à R. 3214-23 du CSP.
13. Art. D. 398 du CPP.

Transport retour de l'UHSA

Le transport de l'unité spécialement aménagée à l'établissement pénitentiaire d'une personne détenue, hospitalisée avec ou sans son consentement, incombe à l'administration pénitentiaire.

Si l'état de santé de la personne détenue le nécessite, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée par un médecin de l'UHSA. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Sur prescription médicale du médecin de l'UHSA, un accompagnement du transport par du personnel hospitalier de l'établissement de santé siège de l'unité peut être envisagé.

Extraction médicale de l'UHSA vers un établissement assurant des soins somatiques[14]

Si l'état de santé de la personne détenue, hospitalisée dans une unité spécialement aménagée, nécessite une consultation ou une hospitalisation hors de l'unité pour des raisons somatiques, le transport est assuré, sur prescription médicale, par l'établissement de santé siège de l'unité au moyen d'un véhicule sanitaire.

La personne détenue est accompagnée par le personnel hospitalier et escortée par le personnel pénitentiaire. Le retour à l'unité spécialement aménagée s'effectue dans les mêmes conditions.

La garde statique en cas d'hospitalisation est assurée par les forces de sécurité intérieure.

Détenus particulièrement sensibles[15]

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée (DPS), il est fait appel aux forces de sécurité intérieure pour les consultations ou les hospitalisations pour raisons somatiques, afin de renforcer l'escorte pénitentiaire.

2-D. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DÉSIGNÉS PAR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL (DG) DE L'ARS POUR ASSURER LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT (HORS UHSA)[16]

Transport aller vers l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

Le transport de la personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement incombe à l'établissement de santé.

Transport retour vers l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

Le transport retour de l'établissement de santé vers l'établissement pénitentiaire incombe à ce dernier, sauf si l'état du patient nécessite une prescription médicale de transport sanitaire.

14. Art. R. 3214-22 du CSP.
15. Art. R. 3214-21 du CSP.
16. Art. L. 3222-1 du CSP.

Extraction médicale hors de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

Si l'état de santé de la personne détenue hospitalisée nécessite une consultation ou une hospitalisation hors de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie, le transport est assuré sur prescription médicale par l'établissement de santé, au moyen d'un véhicule sanitaire.

3 - MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

3-A. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Les conditions de prise en charge indiquées dans ce guide sont valables jusqu'au 1er mars 2018, en vertu de l'article 80 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017.

L'assurance maladie prend en charge le transport sanitaire si la prescription médicale précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit a été établie[17] et s'il correspond à l'un des cas suivants[18] :

- transport lié à une hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire) ; les séances de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation ;
- transport lié à des traitements ou examens en rapport avec une affection de longue durée (ALD), si la personne présente l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription ;
- transport en ambulance médicalement justifié ;
- transport nécessitant une demande d'accord préalable ;
- transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage ou à la consultation d'un expert, ou pour répondre à une convocation du contrôle médical ou d'un médecin expert.

3-B. NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Les frais de transport en taxi conventionné, en VSL ou en ambulance sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs conventionnels, à hauteur de :

- 100 % en cas d'exonération du ticket modérateur ;
- 65 % dans les autres cas ; le ticket modérateur de 35 % est alors à la charge de l'administration pénitentiaire.

3-C. RÈGLEMENT DU TRANSPORTEUR SANITAIRE

Lorsque le transport sanitaire répond aux conditions de prise en charge de l'assurance maladie, les caisses d'assurance maladie règlent 100 % des frais, sur présentation de la facture par le transporteur, quel que soit le niveau de prise en charge. En effet, depuis le 1er janvier 2016, les caisses assurent l'avance des frais des personnes écrouées en lieu et place de l'administration pénitentiaire (cf. Livre 7 – « Droits sociaux et financement des soins »).

17. Art. L. 162-4-1 et R. 322-10-2 du CSS.
18. Art. R. 322-10 du CSS.

Lorsque le transport sanitaire incombe à l'établissement de santé, ce dernier règle 100 % des frais sur présentation de la facture par le transporteur.

3-D. RÉCAPITULATIF DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE PAR TYPE DE TRANSPORT

Les conditions de prise en charge indiquées dans ce guide sont valables jusqu'au 1er mars 2018, en vertu de l'article 80 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017.

Type de transport	Mode de transport	Prise en charge financière
Transport de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé	Véhicule sanitaire	- 65 % par l'assurance maladie - 35 % par l'administration pénitentiaire - Sauf dans les cas de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie
	Véhicule de l'administration pénitentiaire	Administration pénitentiaire à 100 %
	Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	Financement global dans le cadre de la dotation de missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)
Transport de l'établissement de santé vers l'établissement pénitentiaire	Véhicule sanitaire	- 65 % par l'assurance maladie - 35 % par l'administration pénitentiaire - Sauf dans les cas de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie
	Véhicule de l'administration pénitentiaire	Administration pénitentiaire à 100 %
Transport provisoire entre deux établissements de santé pour un séjour < 48 heures	Véhicule sanitaire	- Établissement d'origine (aller et retour) s'il relève du a, b, c du L. 162-22-6 du CSS - Si l'établissement relève du d du L. 162-22-6 du CSS : 65 % par l'assurance maladie et 35 % par l'administration pénitentiaire, sauf dans les cas de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie
Transport définitif entre deux établissements de santé pour un séjour > 48 heures	Véhicule sanitaire	- 65 % par l'assurance maladie - 35 % par l'administration pénitentiaire - Sauf dans les cas de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie
Transport au sein d'un même établissement de santé	Ambulance ou VSL	Établissement de santé à 100 %
Transport de l'établissement pénitentiaire vers l'UHSA*, dans le cas d'une hospitalisation avec consentement	Véhicule de l'administration pénitentiaire OU Véhicule sanitaire	Administration pénitentiaire à 100 % sauf si prescription médicale prévoyant le recours à un transport sanitaire Si un accompagnement du personnel soignant est nécessaire, celui-ci est à la charge de l'établissement de santé siège de l'UHSA (prescription médicale nécessaire, inclus dans la Direction de l'administration et des finances [DAF])

Transport de l'établissement pénitentiaire vers l'UHSA* ou un établissement de santé mentale désigné par le DG de l'ARS dans le cas d'une hospitalisation sans consentement	Véhicule sanitaire	Établissement de santé siège de l'UHSA à 100 %, comprenant l'accompagnement par le personnel soignant santé (prescription médicale nécessaire, inclus dans la DAF)
Transport de l'UHSA ou établissement de santé mentale désigné par le DG de l'ARS pour assurer les soins psychiatriques sans consentement vers l'établissement pénitentiaire**	Véhicule de l'administration pénitentiaire OU Véhicule sanitaire	Administration pénitentiaire à 100 % sauf si prescription médicale prévoyant le recours à un transport sanitaire
* Art. R. 3214-21 et R. 3214-23 du CSP. ** Art. R. 3214-21 du CSP.		

	Situation	Équipes compétentes
Établissement de soin (hors UHSI, UHSA)	extraction médicale	administration pénitentiaire (AP) avec renfort possible des forces de sécurité intérieure (FSI)
	extraction médicale : petite maison d'arrêt (circulaire de 1963)	FSI
	hospitalisation	transport : AP avec renfort possible des FSI garde statique : FSI
UHSI	transport aller et retour	AP avec renfort possible des FSI
	extraction plateau technique	AP avec renfort possible des FSI
	hospitalisation hors UHSI	transport : AP avec renfort possible des FSI garde statique : FSI
UHSA	transport aller en SDRE (soins à la demande du représentant de l'État)	établissement de santé avec escorte pénitentiaire et renfort possible des FSI
	transport aller en soins psychiatriques libres	AP avec renfort possible des FSI possibilité de prescription d'un transport sanitaire (dans ce cas : véhicule sanitaire et escorte pénitentiaire dans un autre véhicule)
	transport retour (SDRE et soins psychiatriques libres)	AP avec renfort possible des FSI possibilité de prescription d'un transport sanitaire (dans ce cas : véhicule sanitaire et escorte pénitentiaire dans un autre véhicule)
	extraction plateau technique	établissement de santé avec escorte pénitentiaire et renfort possible des FSI
	hospitalisation hors UHSA	transport : établissement de santé avec escorte pénitentiaire et renfort possible des FSI garde statique : FSI
Centre hospitalier autorisé en psychiatrie	transport aller	établissement de santé avec renfort possible des FSI
	transport retour	AP avec renfort possible des FSI
	extraction plateau technique	établissement de santé avec renfort possible des FSI
	hospitalisation	pas de garde statique

CAHIER 4

ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

P. 193 > 197

L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (n° 2009-1436) indique notamment : « *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 permanence des soins, l'unité sanitaire doit organiser la réponse médicale devant être apportée 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 (CSP), un protocole est signé par le directeur général (DG) de l'agence régionale de santé (ARS), 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. Ce protocole 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[1] (cf. annexe – « Modèle de protocole et annexes au protocole »).

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 permanence 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 aux personnels intervenant en milieu 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 (CPP).

1. Art. D. 374 du CPP.

FICHE 1

PRISE EN CHARGE EN DEHORS DES HORAIRES D'OUVERTURE DE L'UNITÉ SANITAIRE

1 - APPEL AU CENTRE DE RÉCEPTION ET DE RÉGULATION DES APPELS (CRRA) DU SAMU (15)

Il s'agit de répondre :
- aux situations où le pronostic vital est engagé ;
- 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 paraît préoccupant.

Le personnel pénitentiaire doit systématiquement appeler le CRRA du SAMU (15) – service d'aide médicale urgente.

Le SAMU-Centre 15 est chargé d'opérer une régulation médicale des appels qui lui parviennent, dans les conditions prévues à l'article R. 6311-2 du CSP :
- assurer une écoute médicale permanente ;
- déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide la réponse médicale la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurer, le cas échéant, de la disponibilité des moyens d'hospitalisation 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.

2 - 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, service mobile d'urgence et de réanimation [SMUR] ou sapeurs-pompiers). L'extraction du patient est alors effectuée sous escorte dans les conditions explicitées au Livre 3, Cahier 3, Fiche 7 – « Transports » ;
- 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'efficience.

Concernant les mineurs, les titulaires de l'autorité parentale seront informés de toute décision prise par le médecin.

3 - MODALITÉS DE TRANSFERT À L'HÔPITAL

L'orientation du patient et la recherche de moyens d'hospitalisation disponibles reviennent au médecin régulateur du SAMU-Centre 15. Selon sa décision, le patient peut être accueilli :

- dans une structure des urgences : la décision d'admission 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 de l'orienter vers l'établissement de santé en mesure de la prendre en charge le plus proche. 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.

4 - PERMANENCE DES SOINS AU TITRE DE L'HOSPITALISATION DE JOUR RÉALISÉE EN PSYCHIATRIE

Conformément aux dispositions de l'article D. 6124-304 du CSP, les structures d'hospitalisation de jour sont tenues d'organiser la permanence 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.

CAHIER 5

PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

P. 199 > 209

Conformément à l'article R. 5126-8 du Code de la santé publique (CSP), la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'établissement de santé dispose de locaux, de moyens en personnel, de moyens en équipement et d'un système d'information lui permettant d'assurer l'ensemble des missions qui lui sont confiées : missions de gestion, d'approvisionnement, de contrôle, de détention et de dispensation des médicaments, dispositifs médicaux stériles, etc.

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. Une attention particulière doit être portée sur le fonctionnement de la PUI et les spécificités rencontrées en milieu pénitentiaire (par exemple en termes d'approvisionnement, de préparation des doses à administrer et de médicaments exclusivement destinés à l'établissement pénitentiaire qui doivent être mentionnés dans le livret thérapeutique) ;
- la nécessité de mettre en place ce même environnement de dialogue et de concertation avec l'administration pénitentiaire sur les questions relatives à la transmission des traitements, en dehors des horaires d'ouverture de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), 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'USMP peut être étudié localement.

FICHE 1

LA PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

1 - CONTEXTE

Les soins en milieu pénitentiaire sont organisés par des unités de soins de l'établissement de santé de rattachement (USMP).

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les PUI assurent également leurs missions, telles que prévues dans le CSP auprès de ces unités de soins.

Ainsi, l'article L. 5126-9 du CSP précise que les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires bénéficient des services des PUI des établissements de santé, qui assurent **les soins aux détenus en application de l'article 6111-1-2 du CSP.**

En application des textes du CSP qui régissent les PUI, l'établissement pénitentiaire constitue un site géographique de l'établissement de santé, qui y assure les missions du service public hospitalier. La PUI de l'établissement de santé peut disposer de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire, pour assurer les missions définies au L. 5126-1 1° à 3° du CSP[1].

L'ensemble des dispositions relatives aux autorisations, aux missions, au fonctionnement et à la gérance des PUI, définies dans le CSP, sont applicables aux établissements pénitentiaires[2]. Certaines de ces dispositions sont rappelées ci-après.

2 - 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 équipement et d'un système d'information lui permettant d'assurer l'ensemble des missions qui lui sont confiées, notamment

1. Art. R. 5126-6 du CSP.
2. Art. 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 du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

les missions de gestion, d'approvisionnement, de contrôle, de détention et de dispensation des médicaments ainsi que des dispositifs médicaux stériles[3].

La gérance d'une PUI est assurée par un pharmacien, qui est responsable des activités prévues et autorisées pour cette pharmacie[4].

Surveillance dans le cadre de la prise en charge thérapeutique : conformément au droit commun dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique, les dispositions relatives aux déclarations incluent : la pharmacovigilance, la pharmacodépendance, la matériovigilance, le signalement des infections associées aux soins ainsi que des événements indésirables graves associés aux soins[5].

3 - SPÉCIFICITÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

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 (CPP)[6]. 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'USMP ou du service médico-psychologique régional (SMPR).

La PUI de l'établissement de santé peut organiser de deux façons l'approvisionnement de l'établissement pénitentiaire en médicaments et en autres produits de santé, notamment la dispensation nominative individuelle des médicaments :

1° - La PUI de l'établissement de santé ne dispose pas de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire

- Le personnel habilité au sens du CSP procède, dans les locaux de la PUI de l'établissement de santé, à la préparation des médicaments et des autres produits de santé destinés à être soit dispensés de manière individuelle et nominative aux détenus, soit délivrés globalement, en vue du renouvellement de la dotation de l'unité de soins de l'établissement pénitentiaire. L'acheminement vers l'établissement pénitentiaire se fait dans des conditions d'hygiène et de sécurité. Il permet notamment de respecter le maintien d'une température adaptée pour les produits thermosensibles.
- La dispensation dans l'établissement pénitentiaire doit pouvoir être assurée au minimum une fois par jour et dans des délais permettant de répondre aux demandes urgentes, dans les conditions fixées par les arrêtés du ministre chargé de la Santé prévus aux articles R. 5126-14 et R. 5132-42[7].

2° - La PUI de l'établissement de santé dispose de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire

La pharmacie à usage intérieur ne peut fonctionner sur chacun de leurs sites d'implantation – y compris pour le site géographique constitué par l'établissement pénitentiaire – qu'en présence du pharmacien chargé de la

3. Art. R. 5126-8 du CSP.
4. Art. L. 5126-5 du CSP.
5. Art. L. 1413-14 du CSP.
6. Art. R. 5126-30 CSP.
7. Art. R. 5126-3 du CSP.

gérance, ou de son remplaçant, ou d'un pharmacien adjoint mentionné à l'article R. 5125-34 exerçant dans cette pharmacie.

- Les locaux de la pharmacie sont situés en dehors des locaux de détention. Le site d'implantation de la PUI sera de préférence unique au sein de l'établissement pénitentiaire.
- Son accès est réservé au personnel de la PUI.
- 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 ont un accès facile et sécurisé, permettant la livraison et la réception des produits dans le respect des conditions de conservation.
- Le personnel habilité au sens du CSP procède, dans les locaux de la PUI situés dans l'établissement pénitentiaire, à la préparation des médicaments et des autres produits de santé destinés à être soit dispensés de manière individuelle et nominative aux détenus, soit délivrés globalement en vue du renouvellement de la dotation de l'unité de soins de l'établissement pénitentiaire. L'acheminement des médicaments se fait dans des conditions d'hygiène et de sécurité adaptées et permet le maintien de la température adéquate pour les produits thermosensibles.

Dans tous les cas, l'unité de soins (US) dispose d'une dotation adaptée aux besoins urgents, dont la composition est définie par le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins. La dotation doit être révisée périodiquement, en tenant compte des besoins, et portée à la connaissance du personnel concerné. L'accès à la dotation est réservé exclusivement au personnel soignant. Une procédure définissant les règles communes de fonctionnement est établie entre l'US et la PUI.

FICHE 2

LE 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 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 tel que prévu par l'arrêté du 6 avril 2011. 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, il prendra en compte les spécificités liées de la prise en charge médicamenteuse en établissement pénitentiaire. L'informatisation du circuit du médicament est un levier essentiel de sécurisation[8].

1 - LA PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS

1-A. OBLIGATIONS GÉNÉRALES

Les prescriptions faites aux patients détenus obéissent aux règles de droit commun de la prescription.

La prescription de médicaments est rédigée, après examen du patient détenu, sur une ordonnance. Elle indique lisiblement[9] :

- le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91 du CSP, son identifiant lorsqu'il existe, le nom, l'adresse de l'établissement et les coordonnées téléphoniques et électroniques auxquelles il peut être contacté. Enfin sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;

8. Art. 3 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.
9. Art. R. 5132-3 du CSP.

- 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. Enfin, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- la durée de traitement ;
- les nom et prénom, le sexe, la date de naissance du patient et, si nécessaire, 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 des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement (livret thérapeutique). Cette liste est établie en concertation avec les professionnels concernés et, de préférence, après consultation du médecin responsable de l'unité sanitaire. Elle doit tenir compte des besoins spécifiques de prise en charge médicamenteuse des patients détenus, qui relèvent majoritairement de soins ambulatoires non hospitaliers (médicaments habituellement délivrés en officine). Les prescriptions effectuées pendant la détention sont des éléments du dossier médical du patient, donc soumises aux règles de confidentialité. Les ordonnances font l'objet d'un archivage.

1-B. SPÉCIFICITÉS

À leur arrivée en détention, les médicaments personnels des détenus leur sont retirés pour être conservés à la fouille jusqu'à leur sortie. Cependant, pour que la continuité des soins soit assurée, l'USMP peut être amenée à récupérer et à conserver tout ou partie du traitement personnel du patient, avec son accord, pour les lui délivrer jusqu'à ce que la PUI soit en mesure de le fournir. La gestion du traitement personnel des détenus doit faire l'objet d'une procédure, visant notamment à informer la PUI des médicaments utilisés, dans l'attente d'une délivrance par cette dernière.

La prescription médicale réalisée par le médecin de l'USMP doit être adaptée au livret du médicament de l'hôpital de rattachement, dans la mesure du possible. Dans ces conditions, le médecin peut être amené à arrêter définitivement un ou plusieurs médicaments prescrits précédemment à la détention. Lorsque les médicaments ont été confiés à l'USMP à l'arrivée de la personne, le médecin peut proposer au patient que la PUI les détruise. Si le patient est favorable à cette destruction, le médecin tracera alors cet accord dans le dossier médical du patient.

L'entourage de la personne détenue ne peut être sollicité pour obtenir et fournir un traitement médicamenteux.

Le médecin tient compte du contexte 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.

Par ailleurs, le médecin remet à la personne détenue un double de sa prescription. Une attention particulière est portée sur les modalités permettant le respect de sa confidentialité.

2 - DISPENSATION ET ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

2-A. GÉNÉRALITÉS

La dispensation est réalisée conformément à l'article R. 4235-48 du CSP 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 ;
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 est réalisée par le personnel infirmier, conformément à l'article R. 4311-7 du CSP, ou par certains prescripteurs[10]. L'administration des médicaments comprend la vérification :
- de l'identité du patient et des médicaments à administrer, de leurs doses et des modes d'administration au regard de la prescription médicale ;
- de la date de péremption des médicaments et de leur aspect ;
- la distribution des piluliers ;
- la traçabilité de la délivrance des médicaments.

Les médicaments doivent rester identifiables jusqu'au moment de leur administration.

2-B. SPÉCIFICITÉS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Il est rappelé qu'en détention, le respect de la confidentialité des prises en charge est essentiel.

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 des 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[11].

Une PUI peut avoir en charge la dispensation des médicaments pour une ou plusieurs USMP.

La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée, avec une périodicité définie par les médecins prescripteurs, en fonction de la nature du produit, du profil du patient (vulnérabilité, addiction, etc.), mais aussi de son environnement (codétenu, activités, etc.).

10. Art. L. 4161-1 du CSP.
11. Art. R. 6112-19 du CSP.

Chaque prise médicamenteuse est réalisée, dans la mesure du possible, devant l'infirmier. Une attention particulière est portée à l'administration des médicaments psychotropes et de substitution aux opiacés.

La continuité des traitements est assurée y compris les week-ends et jours fériés. En particulier, la remise aux patients de leurs traitements en dehors des plages horaires de l'ouverture de l'USMP (retours d'extraction, retour d'hospitalisation ou de consultations extérieures, retour de permission) doit être organisée. Cela peut être par exemple, sous pli confidentiel remis par l'USMP dans un casier spécifique, afin que le patient le récupère au moment de son retour.

Pour les mineurs, il sera préconisé la remise directe des médicaments et un accompagnement dans la prise de ceux-ci afin d'éviter une gestion individuelle par le mineur lui-même de son traitement.

Avant sa libération, une ordonnance et, éventuellement, des médicaments sont délivrés au patient, afin d'assurer la continuité des soins et des traitements. Les modalités de remise de ces éléments sont à définir entre l'USMP et l'administration pénitentiaire, dans le respect des missions de chacun.

Selon l'organisation de l'établissement et en fonction du traitement à administrer, le patient détenu pourra prendre son traitement soit au sein des unités de soins de rattachement, soit en détention et ce y compris dans les quartiers disciplinaires et d'isolement.

Lorsque la distribution des médicaments s'effectue en détention, le personnel infirmier, qui peut se faire aider d'un préparateur, est accompagné d'un surveillant. Les horaires de ces distributions doivent être réfléchis avec les directions des établissements pénitentiaires, le but étant d'assurer le maximum de sécurité pour les personnels soignants et de permettre une administration répondant aux bonnes pratiques – notamment une remise en main propre du pilulier. Afin d'éviter tout rassemblement autour du chariot, la distribution doit être effectuée lorsque les portes des cellules sont fermées. En outre, autant que possible, aucun traitement ne doit être laissé dans une cellule en l'absence du patient destinataire.

Pour mener à bien cette étape de distribution, l'administration pénitentiaire met à disposition de l'unité sanitaire, *via* l'application Genesis, une fonction permettant de disposer, en temps réel, du positionnement de la personne détenue (identification de la cellule).

L'identito-vigilance doit être organisée par l'USMP, en lien avec la PUI, d'une part, et l'administration pénitentiaire, d'autre part.

La surveillance thérapeutique de la personne détenue (bénéfice rendu et effets indésirables) doit être établie par le prescripteur. Le dossier médical du patient doit être mis à jour en conséquence.

L'administration des médicaments doit être enregistrée au moment de leur prise ou, lorsque le patient prend ses médicaments en l'absence de l'infirmier, au moment de la remise du traitement[12].

Une information sur le traitement est délivrée à la personne détenue sous forme adaptée et, le cas échéant, une éducation thérapeutique peut être mise en œuvre par l'équipe de soins, notamment dans les cas de pathologies chroniques.

12. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, HAS, mai 2013.

Compte tenu de l'état de santé des personnes détenues, de nombreux traitements psychotropes et de substitutions aux opiacés sont délivrés en milieu carcéral. Une attention particulière doit être portée à l'observance de ces traitements par les patients. La distribution des traitements doit être adaptée en conséquence, afin de limiter les risques en rapport avec un mauvais usage médicamenteux. En particulier, la méthadone doit faire l'objet d'une délivrance quotidienne supervisée, y compris les week-ends et jours fériés. Les modalités de délivrance de la buprénorphine sont plus nuancées : pour la majorité des patients, passée une période initiale d'observation comprenant une administration supervisée par un soignant, la délivrance peut être effectuée en cellule avec les autres thérapeutiques éventuelles et fractionnée (pour 2 ou 3 jours, voire 7 jours pour les plus stabilisés ou autonomes). Ce principe suppose cependant une capacité d'adaptation et de réactivité importante de l'équipe, en cas de difficulté de certains patients (trafic, pressions, racket, mésusage, troubles psychiques émergents ou, bien sûr, à la demande de celui-ci), avec un retour rapide à une délivrance quotidienne supervisée. Les pratiques de pilage ou de dilution des comprimés de buprénorphine afin de mieux contrôler leur prise sont proscrites, car non conformes à l'AMM du médicament[13].

3 - DÉTENTION DES MÉDICAMENTS EN CELLULE

Dans un souci de responsabilisation des personnes détenues au regard des soins et des traitements qui leur sont dispensés, 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[14].

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[15].

Concernant les personnes mineures, la possibilité de détenir des médicaments en cellule devra être évaluée par le médecin (maladie chronique autogérée). En revanche, cela restera exceptionnel pour les traitements temporaires ou présentant un risque important de mésusage. Le personnel de santé délivrera les médicaments en fonction de la prescription. Dans ce cadre, il convient d'informer le personnel de surveillance et, dans la mesure du possible, celui de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), de la vigilance à apporter aux médicaments et de l'importance d'organiser une distribution qui évite le mésusage.

Tout stock de médicaments trouvé par l'administration pénitentiaire durant les fouilles doit être transmis aux services médicaux, qui reçoivent si nécessaire la personne détenue pour la sensibiliser au risque encouru.

13. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral (DGS, MILDT : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf).
14. L'art. 5 du règlement intérieur type des établissements pénitentiaires fixé par l'annexe de l'art. 57-6-18 du CPP.
15. Art. D. 273 du CPP.

4 - STOCKAGE ET TRANSPORT DES MÉDICAMENTS

Conformément au droit commun, les médicaments sont détenus dans des locaux, des armoires ou d'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[16]. En milieu pénitentiaire, ces locaux correspondent aux USMP.

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.

Les dispositions concernant les médicaments classés comme stupéfiants sont définies à l'article 14 de l'arrêté du 6 avril 2011. 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.

Le cadre de santé de l'USMP 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.

Tout transport de médicaments entre la PUI et les unités de soins de rattachement doit se faire dans des conditions d'hygiène et de sécurité. Il permet notamment de respecter le maintien d'une température adaptée pour les produits thermosensibles, de garantir la sécurité par tout système de fermeture approprié. L'organisation mise en place pour le transport des produits de santé doit permettre de répondre aux besoins urgents. Les conditions de livraison permettent de garantir la remise des médicaments et des autres produits de santé au personnel soignant désigné dans l'enceinte de l'unité de soins.

Le responsable du transport des médicaments entre la PUI et ces unités est identifié.

16. Art. 13 de l'arrêté du 6 avril 2011.

CAHIER 6

ORGANISATION DU PARTAGE DE L'INFORMATION

P. 211 > 219

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 (PJJ).

Le contenu s'appuie sur les recommandations issues d'un groupe de travail interministériel, 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 de les harmoniser, dans le respect des domaines de compétence et des cadres professionnels de chacun.

FICHE 1

CPU ET CPU MINEURS

1 - LA CPU

Il est institué auprès du chef de chaque établissement pénitentiaire une CPU[1], qui se réunit au moins une fois par mois pour examiner les parcours d'exécution de la peine[2].

La commission 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.

Peuvent également y assister, avec voix consultative, 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 sanitaire ou du service médico-psychologique régional (SMPR) désigné par l'établissement de santé de rattachement.

La liste des membres de la CPU et des personnes susceptibles d'y assister est arrêtée par le chef d'établissement. Toutes sont tenues 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[3].

2 - LA RÉUNION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS

L'article D. 514 du Code de procédure pénale (CPP) 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*

1. Art. D. 90 du CPP et décret n° 2015-1762 du 24 décembre 2015 procédant au renouvellement de la CPU prévue par les dispositions de l'art. D. 90 du CPP.
2. Art. D. 91 du CPP.
3. 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 CPU prévue par l'art. D. 90 du CPP, ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'art. D. 514 du même Code, et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la PJJ (http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf).

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.

3 - MODALITÉS DE PARTICIPATION DES ÉQUIPES SOIGNANTES

Les professionnels de santé – représentants des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) désignés par l'établissement de santé de rattachement – sont invités à y participer en fonction de l'ordre du jour. Ils apportent des éléments permettant une prise en charge plus adaptée des patients détenus, grâce à une meilleure articulation entre les professionnels et 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. Celles-ci 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 ci-dessous.

3-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 d'encadrement ou infirmier, tenu au secret professionnel conformément à l'article R. 4312-4 du Code de la santé publique (CSP).

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

La participation effective des professionnels de santé aux réunions de la CPU, ou de l'équipe pluridisciplinaire mineurs qui traitent de la prévention du suicide, est fortement recommandée.

3-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 ou la réunion de l'équipe pluridisciplinaire pour les mineurs 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 la réunion dans de bonnes conditions.

L'ordre du jour comporte la liste exhaustive des personnes détenues dont la situation sera évoquée. Ce afin de permettre à l'équipe soignante de préparer la réunion et d'informer les patients concernés de l'échange d'informations envisagé. Dans le cas de patients mineurs, les titulaires de l'autorité parentale sont également informés. 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.

3-C. MODALITÉS D'ORGANISATION

Les modalités de participation du personnel soignant peuvent être précisées dans le protocole cadre (art. 15).

Chaque réunion fait l'objet d'un relevé des avis, communiqué aux professionnels de santé, qui peuvent formuler, par écrit, leurs remarques éventuelles. Celles-ci sont alors intégrées au dossier de la personne détenue.

Le projet d'établissement (QM/EPM) pour les mineurs peut prévoir les modalités d'organisation et de suivi des réunions[4].

4. Note DAP/DPJJ du 4 juillet 2014 relative au projet des établissements pénitentiaires habilités à l'accueil des mineurs.

FICHE 2
L'APPLICATION GENESIS

L'application de gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi individualisé et la sécurité (Genesis) est l'outil informatique de l'administration pénitentiaire qui gère, en application d'une décision de justice, les conditions de détention et l'ensemble des étapes de la vie de la personne détenue en établissement pénitentiaire, de son écrou initial jusqu'à sa levée d'écrou (ou libération).

Elle remplace les anciennes applications GIDE (gestion informatisée des détenus en établissement) et le CEL (cahier électronique de liaison).

Elle est accessible à partir d'un portail web et d'un navigateur, depuis le réseau privé virtuel « Justice », par tous les acteurs de l'administration pénitentiaire et par les partenaires institutionnels et privés.

Genesis permet une protection des données dans une architecture centralisée répondant aux exigences d'intégrité, de confidentialité et de traçabilité.

À cette fin, Genesis fonctionne avec un système d'authentification forte : l'accès est conditionné à l'utilisation d'une « carte agent justice » individuelle, permettant la connexion aux applications justice et la signature électronique par les agents et partenaires utilisateurs. Chacune des opérations réalisées sur le système (accès, recherche, renseignement d'un formulaire, etc.) fait l'objet d'une trace permettant d'identifier l'auteur de l'action, ainsi que le contexte (date, heure, etc.)

Un système d'habilitation permet la gestion de profils d'utilisateurs qui accèdent à des fonctionnalités spécifiques de l'applicatif propre à leurs missions.

L'administration pénitentiaire propose aux professionnels exerçant à l'USMP d'accéder à l'application.

À ce titre, un profil dit « médical » permet aux professionnels de santé de l'USMP d'accéder à certaines fonctions de l'application :
- consultation de l'effectif ;
- avis de la CPU ou de l'équipe pluridisciplinaire concernant les mineurs ;
- gestion des rendez-vous. Seul le lieu du rendez-vous apparaît. Ni le motif du rendez-vous, ni le personnel consulté ne sont mentionnés ;
- consultation des activités. Aide les professionnels de santé à la programmation des rendez-vous, en concordance avec l'agenda de la personne détenue, afin de s'assurer que le rendez-vous puisse être honoré ;

- gestion des observations : les observations mentionnées respectent la réglementation relative au secret médical ;
- génération de listes et accès au positionnement de la personne en détention.

Le personnel sanitaire peut se connecter à Genesis sur le poste informatique de l'établissement pénitentiaire situé dans l'unité sanitaire, *via* son profil habilité[5].

Une fonctionnalité est spécialement mise à disposition par l'administration pénitentiaire pour extraire, en format XML, la liste des positionnements des personnes détenues. Ce fichier extrait est copié sur le poste informatique de l'établissement pénitentiaire. Il est ensuite transmis à partir de l'adresse @justice.fr du personnel sanitaire, vers l'adresse souhaitée, en utilisant l'application Crypt&share fournie par l'administration pénitentiaire, qui sera prochainement remplacée par l'application Plineplex.

5. Avenant n° 1 à la convention relative à l'authentification pour l'accès de professionnels de santé et de personnels administratifs au système d'information du ministère de la Justice.

FICHE 3
TRANSFERTS

Lorsqu'un transfert pénitentiaire d'une personne détenue est envisagé, un dossier d'orientation est renseigné par le chef d'établissement pénitentiaire. Celui-ci comprend, entre autres, les éléments afférents aux conditions de prise en charge sanitaire de la personne détenue fournis par l'unité sanitaire de l'établissement[6].

L'unité sanitaire signale toute contre-indication d'ordre médical au transfert de la personne détenue, ainsi que les éventuelles conditions de transport justifiées par l'état de santé de la personne détenue (nécessité d'un transport en véhicule sanitaire, d'appareils médicaux, d'une cellule pour personne à mobilité réduite, etc.)[7].

6. Art. D. 76 du CPP.
7. Circulaire DAP relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues du 21 février 2012 (NOR JUSK1240006C).

Fiche procédure d'orientation

L'intéressé(e) présente-t-il un handicap nécessitant un aménagement en détention ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel :

☐ Nécessite une cellule handicapée 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) : .....

.....

.....

L'intéressé(e) nécessite-t-il (elle) un transport en véhicule sanitaire pour le transfert ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel :

☐ VSL

☐ Ambulance

L'intéressé(e) nécessite-t-il (elle) un appareillage médical en cellule ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ?

☐ Oxygène

☐ Appareil à pression positive nocturne

☐ Autre (préciser) : .....

Le transfert de l'intéressé(e) peut-il retarder une prise en charge sanitaire programmée sur l'établissement actuel ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser : .....

.....

.....

L'intéressé(e) nécessite-t-il (elle) une prise en charge spécifique, notamment psychiatrique ?

☐ OUI ☐ NON

L'orientation de l'intéressé(e) nécessite-t-elle la proximité d'un plateau technique adapté à son état ?

☐ OUI ☐ NON

CAHIER 7

LES EXPERTISES MÉDICALES

P. 221 > 225

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.

FICHE

EXPERTISES MÉDICALES

Le médecin expert judiciaire est désigné par le juge, tant dans le cadre d'une instance civile[1] ou administrative, que pénale[2]. Il a pour mission de résoudre une question d'ordre technique (ici, médicale), 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. 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[3].

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.* »

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* [...]. »

1. Art. 11 du CPC.
2. Art. 156 du CPP.
3. Art. 234 du CPC.

1 - 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 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. En effet, 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 entre le médecin traitant et le médecin expert au sujet de la prise en charge thérapeutique. Le secret professionnel médical doit être « général et absolu » ; seule la loi peut permettre, ou obliger, à la levée du secret. La seule personne à laquelle le secret n'est pas opposable est le patient.

En termes de secret médical, il n'y a aucune différence entre le médecin expert judiciaire et le médecin-conseil privé. Le médecin traitant n'est tenu à aucune obligation à leur égard. Il doit répondre aux questions de son patient, charge à ce dernier 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[4]. 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.

2 - 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. 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.

4. Cass. civ. 1re nº 01-02.338, 15 juin 2004.

S'agissant des 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 alors 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.

3 - ORGANISATION DANS LE CONTEXTE 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. Le médecin de l'unité sanitaire, étant médecin traitant, ne peut pas être désigné comme expert[5].

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.

5. Art. R. 4127-105 du CSP : « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade.* »

Livre 4

ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

CAHIER 1 ▸ **PRISE EN CHARGE DES MALADIES TRANSMISSIBLES** P. 229 > 263

CHAPITRE 1 – Maladies à prévention vaccinale
CHAPITRE 2 – Maladies à déclaration obligatoire
CHAPITRE 3 – Maladies infectieuses sans déclaration obligatoire
CHAPITRE 4 – Prévention et réduction des risques infectieux

CAHIER 2 ▸ **PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES** P. 265 > 273

CAHIER 3 ▸ **PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES** P. 275 > 285

CAHIER 4 ▸ **PRÉVENTION, REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DU SUICIDE** P. 287 > 301

CAHIER 5 ▸ **PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL (AICS)** P. 303 > 316

CAHIER 6 ▸ **PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS** P. 317 > 325

CAHIER 7 ▸ **PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES** P. 327 > 342

CAHIER 8 ▸ **PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES** P. 343

CAHIER 1

PRISE EN CHARGE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

P. 229 > 263

En fonction des alertes en cours, nationales ou internationales, une vigilance particulière sera assurée concernant certaines maladies épidémiques ou émergentes.
(Informations sur http://www.sante.gouv.fr/, https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/)

CHAPITRE 1

MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE

À titre préliminaire, il convient de rappeler que les titulaires de l'autorité parentale doivent consentir à la vaccination du mineur, dès lors qu'il ne s'agit pas d'un vaccin obligatoire.

FICHE 1
VACCINATIONS

1 - RECOMMANDATIONS VACCINALES

Les recommandations vaccinales sont élaborées par le 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. À la mise à jour des vaccinations au moment de la visite d'entrée, il faut associer ultérieurement une attention particulière aux personnes âgées ou à risque, pour leur faire bénéficier des vaccinations antigrippale, anti-pneumococcique, anti-méningococcique, anti-hépatites.

La vaccination contre l'hépatite B (VHB) est recommandée chez les personnes détenues non immunisées, parce qu'elles peuvent cumuler des facteurs de risques d'exposition à la maladie.

Si, pour la vaccination contre le VHB, le schéma préférentiel en trois injections (0, 1, 6 mois) est à privilégier, un schéma « accéléré » peut être proposé lorsque l'immunité doit être rapidement acquise.

Il comprend trois injections de vaccins en 21 jours, suivies d'un rappel à un an, en utilisant le vaccin Engerix B 20µg/ml®. Les injections se font à J0, J7, J21 avec un rappel à M12. Ce rappel est fondamental pour assurer une protection à long terme.

2 - CALENDRIER VACCINAL

Le calendrier vaccinal est actualisé tous les ans en fonction des nouvelles recommandations du HCSP. Il est publié sur le site du ministère chargé de la Santé[1] au premier trimestre de chaque année, accompagné de tableaux synoptiques pour les adultes, les enfants et les adolescents. En outre un nouveau site d'information globale sur la vaccination est accessible depuis mars 2017 : http://vaccination-info-service.fr

L'agence nationale de santé publique (ANSP) développe et diffuse des outils sur le calendrier vaccinal : un calendrier simplifié et un disque pour les professionnels de santé ; un guide et carnet pour les adolescents et adultes.

Site : http://inpes.santepubliquefrance.fr/, rubrique « vaccination ».

3 - FOURNITURE DES VACCINS

Les vaccins peuvent être mis à disposition de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du centre hospitalier dont elle dépend. Ces derniers sont imputés sur l'enveloppe MIG (mission d'intérêt général) « USMP ». Dans certains départements, des partenariats peuvent être établis par des USMP avec des centres de vaccination (actions de promotion et d'information sur les vaccinations, fourniture de vaccins).

Concernant le vaccin de la fièvre jaune, lorsque ce vaccin est indiqué et pour ce qui concerne le territoire guyanais, l'agence régionale de santé (ARS) du lieu de détention de la personne prend la vaccination en charge.

1. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf

CHAPITRE 2

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Cette transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire est prévue réglementairement[1].

La liste des maladies à déclaration obligatoire avec, pour chaque maladie, la fiche de déclaration et un dossier thématique figure sur le site de l'ANSP[2]. La plupart requièrent un signalement immédiat pour une intervention urgente auprès de la plate-forme de veille et de gestion des urgences sanitaires de l'ARS.

La liste des maladies retenues ci-après tient compte des maladies transmissibles particulièrement prévalentes en détention et/ou nécessitant des actions coordonnées avec les personnels pénitentiaires. Ce 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 initié ou poursuivi.

1. Art. L. 3113-1 du CSP.
2. http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/Liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire

FICHE 1
LA TUBERCULOSE

1 - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

L'incidence de la tuberculose en milieu carcéral est plus élevée qu'en population générale[3], d'une part, du fait des caractéristiques de la population, qui cumule 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, **prévalence du virus de l'immunodéficience humaine [VIH] six fois plus élevée qu'en milieu libre**[4]) et, d'autre part, des conditions de vie en détention, qui favorisent la transmission de cette bactérie par voie aérienne.

Les personnes étant en prison au moment de la déclaration d'une tuberculose représentaient 1,4 % de tous les cas déclarés en France en 2013 (61 cas dont 53 cas avec une atteinte pulmonaire, donc potentiellement contagieux)[5]. Ce nombre est resté relativement stable ces 12 dernières années. Les dernières données montrent que la tuberculose en prison concerne essentiellement des hommes (94 %), plutôt jeunes (âge médian de 31 ans).

Les cas de tuberculose en prison concernent particulièrement deux régions : l'Île-de-France (37 %) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (8 %) (données 2011-2013)[6].

En France, l'incidence de la tuberculose en population générale est de 7,5 pour 100 000 habitants (chiffres 2014, *BEH* n° 9-10, 24 mars 2015), mais connaît des disparités importantes entre les régions, les taux de prévalence générale les plus élevés étant relevés en Guyane (24,1) et en Île-de-France (14,9)[7].

La tuberculose multirésistante constitue un risque émergent. En France, cette forme de tuberculose, souvent transmise en milieu carcéral dans les pays de l'ex-URSS, touche avant tout les personnes ayant déjà été traitées pour tuberculose, les sujets au contact de malades avec tuberculose multirésistante ou les personnes provenant de pays de forte incidence de tuberculose multirésistante. Parmi ces pays, on trouve tous les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, l'Afrique du Sud ainsi que, dans une moindre mesure, les pays d'Asie et d'Afrique subsaharienne. Cette multirésistance est néanmoins présente dans le monde entier.

3. http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/9-10/2015_9-10_3.html
4. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar, *BEH* n° 35/36, 2013 (http://invs.santepubliquefrance.fr//Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-35-36-2013).
5. Données InVS.
6. Une étude réalisée dans les maisons d'arrêt en Île-de-France en 2007 a fait ressortir une prévalence de 107 cas de tuberculose pour 100 000 détenus. Cette étude a montré que la prise en charge de la maladie (diagnostic et traitement) et la prévention (isolement et port de masques) semblaient conformes aux bonnes pratiques. Néanmoins, elle a souligné que le suivi de la prise en charge, à la sortie de prison, était insuffisant.
7. http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Tuberculose/Donnees-epidemiologiques

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 multirésistantes ;
- 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 2 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 selon certaines indications (cf. calendrier vaccinal).

Les centres de lutte contre la tuberculose (CLAT)

Dans chaque département, un CLAT est chargé de l'organisation du dépistage, de la coordination de la démarche d'investigation, de la prise en charge des 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'USMP 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, le CLAT participe à l'information des personnes, en collaboration avec l'USMP, 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 2006[8], les services de l'État ont repris les compétences antérieurement dévolues aux conseils généraux. Pour cette mission de lutte antituberculeuse, ils doivent soit passer une convention avec le conseil général, lorsque celui-ci est volontaire pour continuer à l'assurer, soit habiliter une autre structure (le plus souvent un établissement de santé).

8. Art. L. 1423-2, L. 3112-2 du CSP issus de la loi n° 2004_809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales.

2 - DÉPISTAGE

En venant de l'état de liberté

Le dépistage de la tuberculose maladie est basé sur un examen clinique à la suite duquel le médecin de l'USMP décide, s'il y a lieu, d'un examen radiologique[9]. 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. Le dépistage radiologique de la tuberculose maladie a une spécificité et une sensibilité bien meilleures que l'examen clinique seul. Les interventions de dépistage de la tuberculose sont organisées en coordination avec le CLAT. Au regard de l'incidence de la tuberculose chez les personnes détenues, et d'un dépistage large nécessitant la réalisation d'un cliché radiographique, chaque unité sanitaire dispose d'un appareil de radiologie. La situation de certaines personnes détenues leur confère une vulnérabilité accrue à la tuberculose. Il convient absolument d'en tenir compte en termes de dépistage, notamment en envisageant systématiquement, dans ces situations, un dépistage radiologique.

En ce qui concerne l'infection tuberculeuse latente, dont la recherche n'est pas recommandée en routine à l'heure actuelle, il faut rappeler qu'en France il n'est conseillé de la dépister que lorsqu'on a l'intention de la traiter. Les recommandations actuelles sont de ne traiter que les infections tuberculeuses latentes (ITL) récentes (de moins de deux ans) chez l'adulte. Elles doivent en revanche être systématiquement traitées chez les enfants de moins de 15 ans et les personnes immunodéprimées. À l'inverse, on évite habituellement de les traiter chez les sujets âgés. Le risque d'évolution de l'ITL vers la tuberculose maladie est particulièrement majoré chez les sujets immunodéprimés, mais aussi chez les fumeurs, les personnes dépendantes de substances psycho-actives (en particulier l'alcool), les diabétiques, les insuffisants rénaux, les personnes dénutries, les personnes atteintes d'hémopathie maligne ou de certains cancers solides, ou ayant des antécédents de gastrectomie, de silicose ou de tuberculose, ainsi que chez les personnes en situation de précarité. Ce risque est également plus élevé chez les personnes récemment (deux à cinq ans) arrivées de pays où la tuberculose a une forte incidence, ou ayant des contacts proches avec des personnes récemment arrivées de pays de forte incidence[10].

L'article D. 384-1 du Code de procédure pénale (CPP) prévoit que la radiographie de dépistage « *est pratiquée sur place, sauf impossibilité matérielle* ».

Au cours de la détention : le dépistage est basé et réalisé sur les signes cliniques et/ou suite à la réévaluation de la situation. Le risque de développer une tuberculose, par réactivation d'une infection latente ou par contamination récente, persiste au long de l'incarcération.

3 - 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'USMP en coordination avec le CLAT 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). Le médecin de l'USMP prescrit et explique au patient les précautions à prendre pour réduire le risque de contamination.

9. 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 (http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20070003_0000_0006.pdf).
10. http://www.fares.be/static/front/upload/1/upload/images/tbc/professionnels/TB%20incidence%202014.png

L'administration pénitentiaire prend financièrement en charge les moyens de protection pour ses personnels et les personnes détenues. L'unité sanitaire organise les mesures de protection de ses propres personnels[11].

Si le diagnostic est 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 (habituellement pendant les trois mois précédant le diagnostic). Elle nécessite donc une coordination avec l'unité sanitaire et une concertation étroite avec les services de médecine de prévention de l'établissement pénitentiaire, de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et de l'établissement de santé. L'aide de la direction de l'établissement pénitentiaire et de la PJJ est essentielle pour l'identification de tous les contacts. Pour cette raison, l'élaboration d'un protocole en ce domaine est fortement conseillée.

Une convention entre l'établissement pénitentiaire, l'établissement hospitalier et le CLAT est proposée en annexe. Elle complète le protocole de conduite à tenir en cas de suspicion de tuberculose ou en cas de tuberculose avérée en milieu carcéral déjà annexé à la circulaire DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) du 26 juin 2007[12].

Les recommandations pratiques relatives à l'enquête autour d'un cas de tuberculose ont été actualisées par le HCSP en 2013.

Dans le service hospitalier, la levée de l'isolement respiratoire est décidée au cas par cas par le médecin hospitalier, en fonction des recommandations en vigueur.

4 - CONTINUITÉ DES SOINS À LA SORTIE

La continuité des soins à la sortie est fondamentale dans ce domaine (traitement d'une durée minimale de 6 mois pour prévenir le risque de résistance, souvent encore en cours à la sortie, dans un contexte de vie précaire) et repose sur une étroite collaboration avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la PJJ pour les mineurs (droits sociaux, hébergement) et le CLAT.

11. DAP N° NOR JUSK0740069C du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire.
12. Annexe gestion du risque tuberculeux médecine de prévention/UCSA/CLAT/chef d'établissement/DSPIP et annexe protocole CLAT chef d'établissement pénitentiaire, directeur d'établissement hospitalier. Depuis 2008, chaque élève entrant en scolarité à l'École nationale de l'administration pénitentiaire bénéficie d'un test de dépistage de l'infection tuberculeuse latente par détection de production d'interféron gamma (Quantiféron®).

FICHE 2
VIH, HÉPATITES

1 - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La prévention, le dépistage et la prise en charge des infections par les virus des hépatites, des infections sexuellement transmissibles (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 pour le VHC et le VIH qu'en population générale, précisées en 2010 par l'enquête Prévacar[13].
- **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 toute manifestation clinique.
- La richesse des **recommandations** les concernant existant en milieu libre (rapport Morlat 2017[14], stratégie nationale de santé sexuelle 2107-2030[15], rapport de recommandations hépatites B et C 2016[16]) et la complexité pour mettre en œuvre ces recommandations dans les milieux de privation de liberté, alors que les enjeux de santé publique y sont aussi, voire plus, importants.
- Des modes de transmission justifiant les politiques de **réduction des risques et les mesures de prévention adaptées.**

2 - DÉPISTAGE DU VIH ET DES HÉPATITES VIRALES B, C ET DELTA

2-A. QUAND ET QUI DÉPISTER ?

Le dépistage du VIH et des hépatites B et C doit être :

- systématiquement proposé à l'entrée en détention[17] ;
- proposé périodiquement au cours de l'incarcération (rapport Morlat 2013 et recommandations de la Haute Autorité de santé [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 ;

13. Prévalence du VIH : 2, 04 % (IC : 0,95-4,23). Prévalence du VHC : 4,8 % (IC : 3,53-6 ; 50). Journées InVS 2011.
14. Rapport 2013 : prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH coordonné par le Pr Morlat (https ://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts).
15. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
16. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux (https ://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/).
17. Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

- renouvelé à la demande spontanée des personnes auprès des personnels de l'unité sanitaire ;
- proposé systématiquement lors de la consultation de sortie réglementaire pour les personnes condamnées.

Afin de ne pas ignorer des primo-infections VIH chez les personnes entrant, dont la première sérologie est négative au premier test et qui auraient été exposées à un risque de contamination peu avant leur incarcération, un dépistage doit être proposé à l'arrivée en détention puis une nouvelle fois six semaines après la dernière exposition connue. Ce délai de six semaines est conforme aux recommandations de la HAS de 2008[18] sur la réduction de la fenêtre sérologique.

Pour le VIH, l'article D. 384-3 du CPP[19] 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. Le professionnel de santé met, néanmoins, tout en œuvre pour obtenir le consentement du mineur à l'information de ce dernier[20].

2-B. COMMENT ORGANISER LE DÉPISTAGE ?

Le dépistage est, dans tous les cas, proposé et assuré par l'USMP.

La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit que les tests puissent également être réalisés par l'antenne de centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) présente au sein de l'unité. 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, avant que ne leur soient remis des documents écrits.

Pour les personnes non immunisées contre l'hépatite B, une vaccination sera proposée compte tenu du risque élevé d'exposition[21].

En cas d'infection chronique par le VHB, une hépatite Delta est à rechercher.

18. HAS, 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).
19. https ://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006516165&cidTexte=LEGITEXT000006071154
20. Art. L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP.
21. 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).

Les CeGIDD

Depuis le premier janvier 2016, un nouveau dispositif se substitue aux anciens centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et centres d'information de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), reprenant et élargissant leurs missions respectives (art. L. 3121-2 du CSP[1] et instruction n° DGS/RI2/2015/195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des CeGIDD[2]). Parmi les nouvelles missions du CeGIDD :

- la vaccination, qui inclut celle contre l'hépatite B et s'élargit à celle contre l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs), la vaccination contre le papillomavirus humain (selon les recommandations du calendrier vaccinal) et, le cas échéant, les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour les publics cibles ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, qui comporte : l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge, la prévention des grossesses non désirées – notamment par la prescription d'une contraception « classique » et/ou d'une contraception d'urgence, et la délivrance de la contraception d'urgence dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale –, l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG), la détection, prévention et orientation des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre, et des troubles et dysfonctions sexuels.

Le CeGIDD assure une prise en charge anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'usager au moment de son accueil.

Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme.

En cas d'existence d'une antenne de CeGIDD au sein de l'établissement pénitentiaire, son intervention doit se faire « en coordination étroite avec l'USMP », notamment dans un souci de continuité des soins. Toutefois, les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin du CeGIDD ne peuvent être transmis au médecin de l'USMP qu'avec le consentement de l'intéressé.

La législation et réglementation récentes[3] permettent 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. Elles s'appliquent dans le CeGIDD de la même manière, dès lors que la nécessité thérapeutique et l'intérêt du patient sont établis, notamment 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 CeGIDD au sein de l'USMP, toutes les personnes détenues en sont informées afin de pouvoir y recourir à tout moment.

---

1. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687837&dateTexte=&categorieLien=cid
2. http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-07/ste_20150007_0000_0043.pdf
3. Art. 108 de la loi HPST et arrêté d'application du 8/7/2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les CIDDIST.

Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

L'arrêté du 28 mai 2010 dans des situations d'urgence (accident d'exposition), puis l'arrêté du 9 novembre 2010 donnaient déjà accès à un TROD VIH à la personne détenue, dans certaines conditions. L'arrêté du 1er août 2016 fixant les conditions de réalisation des TROD de l'infection par les VIH 1 et 2 et de l'infection par le VHC, en milieu médico-social ou associatif[1], précise à son annexe VI les modalités de leur réalisation au cours de la détention.

Le TROD peut donc être proposé à une personne détenue dans le cadre d'une consultation médicale à l'USMP, ou par des personnels non médicaux exerçant en milieu médicosocial ou associatif (association habilitée ou centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA] ou centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues [CAARUD] autorisé pour effectuer les TROD par l'ARS). 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 ou du VHC 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, le test doit s'accompagner de la capacité et des moyens de l'USMP (ou de la structure habilitée) à annoncer un résultat, quel qu'il soit, dans les 30 minutes, 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, autres hépatites). En effet, seul le prélèvement veineux permet de réaliser l'intégralité des tests nécessaires. La mise à disposition d'autotests VIH par la PUI de l'USMP est une alternative complémentaire, qui peut être proposée dans certaines conditions précisées par l'arrêté du 18 août 2016.

1. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032967651&dateTexte=&categorieLien=i

2-C. PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES HÉPATITES VIRALES B, C ET DELTA ET DE L'INFECTION PAR LE VIH

L'exigence de bonnes pratiques doit s'appliquer aux pathologies au long cours pouvant toucher les personnes détenues. Il existe, dans le cadre de ces infections chroniques, 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 de l'acquisition des résistances virales.

Contenu de la prise en charge :

- **VIH** : le rapport Morlat 2017 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, C et Delta** : le rapport de recommandations 2016 sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C **(Pr Daniel Dhumeaux)** constitue la référence pour la prise en charge médicosociale des patients[22].

22. https://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/

Les guides médecin et les listes des actes et des prestations édités par la HAS (revus en 2013) sont disponibles sur le site de la HAS[23].

Pour la prise en charge d'un patient avec une hépatite C chronique, les recommandations de traitement sont dorénavant élargies (cf. avis de la commission de la transparence du 8 juin et 12 décembre 2016 de la HAS) aux personnes détenues[24].

Par ailleurs, la circulaire DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/148 du 29 avril 2015 précise les conditions de la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire en USMP[25].

2-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 des 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'USMP, selon le domicile du patient, doit être formellement établi en s'adressant si besoin à la coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH) (en cas d'infection par le VIH) ou au service expert 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 remise ;
- il est également indispensable d'indiquer à la personne détenue, et aux titulaires de l'autorité parentale si elle est mineure, les autres **ressources locales** pouvant lui être nécessaires : centres de soins, médecins, associations, etc.

Il est indispensable 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 COREVIH incluent les représentants des USMP dans les comités de coordination. La liste des COREVIH est disponible sur le site http://www.sante.gouv.fr/corevih-localisation-des-centres.html.

23. (En ligne : www.has-sante.fr.) 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. Décision n° 2013.0149/DC/SMACDAM du 4 décembre 2013 du collège de la HAS définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 6 « Hépatite chronique B ». Décision n° 2013.0150/DC/SMACDAM du 4 décembre 2013 du collège de la HAS définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 6 « Hépatite chronique C ».
24. https ://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2729447/fr/la-has-est-favorable-a-l-elargissement-du-traitement-de-l-hepatite-c-et-encadre-les-conditions ; http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-05/aad_avis_25052016_ct_25052016.pdf ; http://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/
25. http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0065.pdf

FICHE 3
AUTRES IST

1 - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les données épidémiologiques françaises des années récentes, disponibles sur le site de Santé publique France[26] vont dans le même sens, celui d'une progression, pour toutes les IST.

2 - DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

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 IST est assurée dans les établissements pénitentiaires par les services compétents prévus à cet effet (USMP).

Le rythme de répétition du dépistage est adapté selon les situations à risque. Il va du dépistage unique en cas de prise ponctuelle de risque, 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 syphilis[27], des *Chlamydiae trachomatis*[28] et du gonocoque[29]. L'âge des personnes détenues les inclut souvent, de fait, dans les populations que la HAS recommande de dépister.

Chez la femme[30] il convient de prévoir la réalisation du frottis cervico-vaginal.

26. http://www.invs.sante.fr/fr../layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Publications
27. 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).
28. 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).
29. 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-linfection-a-gonocoque?xtmc=gonocoque&xtcr=1).
30. Terme commun aux personnes majeures et mineures.

Un document de l'INPES/Santé publique France et du ministère des Solidarités et de la Santé, destiné aux médecins, rappelle les indications des différents dépistages d'IST[31]. Les recommandations de référence, pour la prise en charge, sont accessibles sur le site de la Société française de dermatologie[32].

31. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf
32. www.sfdermato.org

FICHE 4

MALADIES INFECTIEUSES NÉCESSITANT DES ACTIONS PARTICULIÈRES

Les professionnels de santé peuvent se référer au guide du HCSP précisant la conduite à tenir en cas de maladies infectieuses en collectivité[33].

1 - LÉGIONELLOSE

1-A. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La légionellose est une maladie respiratoire provoquée par la bactérie du genre *Légionnella,* qui se développe dans les milieux aquatiques naturels et artificiels, et plus particulièrement les réseaux d'eau chaude sanitaire. 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 sanitaires et de visites de contrôle du contrôleur général de privation de liberté (CGLPL). En cause : vétusté ou inadéquation des installations, température de l'eau.

1-B. PRISE EN CHARGE

Le document de référence est notamment celui du HCSP « Survenue de cas de légionellose. Guide d'aide à l'intervention[34] ».

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 la même source ;
- identifier la ou les sources de contamination potentielles.

33. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306
34. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=400

Des mesures de surveillance 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).

Les établissements pénitentiaires sont soumis aux dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire depuis le 1er janvier 2011.

2 - TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES (TIAC)

Les 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.

Une TIAC est généralement liée à l'utilisation de matières premières contaminées et/ou au non-respect des mesures d'hygiène et des températures (rupture de la chaîne du froid et du chaud) lors de la préparation des aliments, ou à la non-maîtrise des contaminations croisées lors de la manipulation des aliments.

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. Elles doivent concerner tous les stades de manipulation des denrées alimentaires : stockage, transformation, manipulation et entreposage, ainsi que la gestion des déchets alimentaires. Le personnel manipulant les denrées doit être particulièrement vigilant, en matière d'hygiène, lors de survenue d'une TIAC, afin d'éviter de se contaminer et d'être un facteur de propagation de la maladie.

Les bactéries responsables les plus fréquemment incriminées, ou suspectées, sont les staphylocoques (toxine), les salmonelles et *Bacillus cereus*.

Le signalement et la surveillance des TIAC à travers la déclaration obligatoire (DO) contribuent à la mise en place et à 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.

En outre, des mesures d'hygiène doivent être renforcées pour les personnes en contact avec les personnes malades, qui peuvent elles aussi être vectrices de transmission des TIAC.

Pour rappel, certaines personnes peuvent être porteur sain d'un germe pathogène qui pourrait être à l'origine d'une TIAC (ex : salmonellose) lors de la manipulation des aliments[35].

35. 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).

3 - INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE (IIM)

L'instruction du 24 octobre 2014 et son annexe citent explicitement le milieu carcéral comme facteur de risque de survenue d'une IIM et précisent les situations impliquant des contacts potentiellement contaminants[36].

4 - ROUGEOLE

4-A. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La rougeole, infection due à un virus, fait partie des maladies infectieuses les plus contagieuses.

La France a ainsi connu, entre 2008 et 2012, une épidémie de rougeole. Les données issues de la déclaration obligatoire sous-estiment la situation réelle de cette épidémie. Durant cette période, plus de 23 000 cas de rougeole ont été déclarés en France. Au total, plus de 1 000 cas ont présenté une pneumopathie grave, une trentaine une complication neurologique et dix personnes en sont décédées[37].

Les données actuelles témoignent de la persistance de communautés d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes insuffisamment vaccinés, qui sont propices à la résurgence de phénomènes épidémiques, notamment dans les collectivités de vie.

La vaccination est le seul moyen de prévention contre la maladie. À ce titre, la vérification du statut vaccinal et sa mise à jour avec deux doses de vaccin trivalent (rougeole-oreillons-rubéole) pour toute personne née depuis 1980 restent nécessaires.

4-B. PRISE EN CHARGE

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2005. La prise en charge d'un cas de rougeole en collectivité nécessite que soient rapidement mises en place 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 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. La mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés est 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.

36. http://www.sante.gouv.fr/meningite-infections-invasives-a-meningocoques-iim
37. http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites

CHAPITRE 3

MALADIES INFECTIEUSES SANS DÉCLARATION OBLIGATOIRE

FICHE 1
LA GALE

La gale est une affection bénigne mais à forte contagiosité. Elle peut 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 et simultanément pour enrayer efficacement l'épidémie. Ces mesures concernent, outre le traitement des personnes atteintes et des personnes codétenues, celui de la totalité du linge personnel et de la literie à l'aide de produits et de protocoles adaptés[1].

En 2012, le HCSP a rendu un rapport : « Survenue d'un ou plusieurs cas de gale. Conduite à tenir » et un avis relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale. Ces rapports sont disponibles sur le site du ministère chargé de la Santé (http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=313).

Une épidémie de gale est avérée lorsqu'au moins deux cas de gale surviennent à moins de six semaines d'intervalle.

Le personnel sanitaire assure le diagnostic et le dépistage des personnes incarcérées contact. Il informe le médecin de prévention, afin que les personnes contacts intervenant en milieu pénitentiaire soient dépistées. En étroite collaboration avec le chef d'établissement, les personnels médicaux (médecin de l'unité sanitaire et médecin de prévention) mettent en place une « cellule d'appui » chargée de définir l'existence potentielle d'une épidémie et la nature de celle-ci (gale commune – gale profuse/hyperkératosique). Ils organisent, en lien avec l'administration pénitentiaire, la prise en charge des cas contacts, de l'environnement et du linge.

En cas d'épidémie de gale profuse/hyperkératosique, le chef d'établissement affiche à l'entrée de son établissement une fiche d'information à destination des visiteurs.

La personne détenue diagnostiquée est isolée pendant 48 heures. Elle n'accède pas aux activités usuelles. Elle est encouragée à informer son entourage familial ou les personnes l'ayant récemment visitée dès sa sortie d'isolement.

Le linge utilisé pendant les trois à dix jours précédents et les trois jours suivants le diagnostic est disposé, par la personne détenue contaminée, dans un sac en plastique hermétique fourni par l'administration pénitentiaire. Le sac est fourni à la personne détenue avant sa mise en isolement, afin qu'elle puisse y déposer son linge.

1. https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-managing-scabies-outbreaks-in-prison-settings-2448.html. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1396

Celui-ci est conservé dans un sac hermétique fermé pendant une durée de quatre à huit jours (selon le type d'épidémie) après la sortie d'isolement.

La cellule de la personne détenue, celle dans laquelle elle a été isolée et les matériaux absorbants qui s'y trouvent (coussins, matelas, couverture, etc.) sont désinfectés selon les modalités définies par l'unité d'appui. C'est l'administration pénitentiaire qui en assure la réalisation. Les personnes sont équipées de gants et de surblouses à manches longues à usage unique, mis à disposition par l'administration pénitentiaire. Si un traitement doit être pulvérisé, il est fourni par l'unité sanitaire. Les agents portent alors un masque fourni par l'administration pénitentiaire.

Les unités sanitaires sont invitées à rédiger un protocole, qui peut être commun avec le médecin de prévention, et annexé à la convention liant les établissements pénitentiaires et sanitaires.

FICHE 2

ECTOPARASITOSES (POUX ET PUNAISES DE LIT)

1 - POUX

Le HCSP est en cours d'actualisation de l'avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif à la conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu (27 juin 2003).
Avis du CSHPF disponible : http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_270603_pediculose.pdf.

2 - PUNAISES DE LIT

Des recommandations officielles 2015 du centre national d'expertise sur les vecteurs (CNEV) pour l'éradication des punaises de lit sont disponibles.

Les punaises de lit *(Cimex lectularius)* ne sont pas vecteurs d'agents pathogènes, mais leurs morsures nocturnes peuvent être à l'origine de réactions dermatologiques pouvant constituer une nuisance 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 car ils nécessitent 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 de 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. Un état des lieux des connaissances et des recommandations préventives sont accessibles sur le document du CNEV de septembre 2015.

FICHE 3

LA LEPTOSPIROSE[2]

1 - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La leptospirose est une maladie bactérienne présente dans le monde entier. Ses principaux réservoirs sont les rongeurs, en particulier les rats, qui excrètent la bactérie dans leur urine. Cette dernière se maintient assez facilement dans le milieu extérieur (eau douce, sols boueux), ce qui favorise la contamination, la bactérie pénétrant principalement par la peau lésée (une écorchure suffit) ou les muqueuses (conjonctive notamment). Chez l'homme, la maladie est souvent bénigne, mais peut conduire à l'insuffisance rénale, voire à la mort dans 5 à 20 % des cas.

Les territoires et départements d'outre-mer sont particulièrement exposés (le taux d'incidence y est de l'ordre de 100 fois plus élevé qu'en métropole).

L'incubation dure de 4 à 14 jours. De nombreuses formes cliniques, allant du syndrome grippal à l'atteinte multiviscérale avec syndrome hémorragique, sont décrites. Le traitement étiologique de la leptospirose repose sur l'antibiothérapie, d'autant plus efficace qu'elle est instaurée tôt. Les formes graves nécessitent une hospitalisation.

2 - PRISE EN CHARGE

Dans les établissements pénitentiaires subissant des invasions de rongeurs, une attention spécifique doit être portée à la protection des personnels pénitentiaires et des personnes détenues potentiellement exposées. Le contrôle de la pullulation des rongeurs comprend les mesures de dératisation et la gestion correcte et régulière des ordures ménagères, et notamment des restes alimentaires.

Protection des travailleurs

Le CSHPF recommande l'utilisation de mesures individuelles de protection, dès lors qu'une activité professionnelle fait courir le risque d'un contact régulier avec des urines de rongeurs, ou se déroule dans un environnement infesté de rongeurs (entretien d'espaces extérieurs comprenant des zones humides ou manipulation de déchets). Ces mesures sont :

- le port de gants, de bottes, de cuissardes, de vêtements protecteurs, voire de lunettes anti-projections si nécessaire ;

2. Prévention et prise en charge de la leptospirose en milieu carcéral et référence (sur http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Zoonoses/Leptospirose/Contextes-epidemiologiques et http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/leptospirose).

- la désinfection précoce à l'eau potable et au savon – ou à l'aide d'une solution antiseptique – de toute plaie, érosion cutanée ou égratignure, ainsi que la protection ultérieure de celles-ci par un pansement imperméable.

Le médecin de prévention intervenant au sein de l'établissement pénitentiaire organise les mesures de protection nécessaires auprès des personnels pénitentiaires exposés.

Le médecin de l'unité sanitaire prévoit auprès des personnes détenues exposées au risque, notamment à cause de leur activité, des mesures d'information/sensibilisation et des protections adaptées. Il peut, le cas échéant, indiquer et réaliser une vaccination prophylactique. En outre, devant un tableau fébrile chez une personne détenue exposée au risque, il doit penser au diagnostic de la maladie. Au besoin, médecin de prévention et médecin de l'unité sanitaire coordonnent leurs actions.

Le chef d'établissement pénitentiaire communique aux médecins de prévention et de l'unité sanitaire la liste des personnels pénitentiaires et des personnes détenues potentiellement exposées (entretien d'espaces extérieurs comprenant des zones humides ou manipulation de déchets) ainsi que les mesures de dératisation éventuellement mises en œuvre.

Il est à noter qu'aucune mesure spécifique en rapport avec cette maladie infectieuse n'est à envisager lors des interventions des personnels pénitentiaires sur des personnes détenues (fouilles, maîtrise au décours d'un incident, etc.).

CHAPITRE 4

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX

Ce chapitre n'a pas été actualisé et est reproduit ici dans sa version 2012.

En milieu carcéral, les prévalences du VIH et du VHC 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 récents[1], les mesures de prévention et de réduction des risques ne sont pas optimisées et doivent être améliorées, qu'il s'agisse de transmission par voie sexuelle ou par voie sanguine.

1 - 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-justice[2] (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).

1-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 européennes (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.

1. 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*, vol. 11, n° 400, p. 29, 2011.
2. 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).

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, etc.).

Le développement d'espaces de parole et d'écoute relatifs à la sexualité destinés aux personnes détenues et aux personnels est souhaitable pour faire évoluer les comportements et les représentations. Ils doivent permettre de proposer une réelle et nécessaire appropriation par les intéressés des enjeux et des objectifs de la prévention.

1-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 pas[3].

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 elle peut aussi être 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 ammoniaqué.

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. Elle doit accompagner par des actions et des messages de prévention le protocole de désinfection du matériel souillé par le sang.

Principaux messages de prévention à diffuser
- Toute réutilisation ou échange de matériel en contact avec le sang expose au risque de transmission virale ;

3. « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues », Expertise collective de l'Inserm, 2010.

- aucun 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 strictement[4].

Pour le matériel en contact avec du sang (hors seringues) – notamment de tatouage, de piercing, de coiffure, et de rasage – le protocole[5] 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).

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 seringues non prescrites par le personnel médical est interdit en détention.

4. 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 et http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/742.pdf
5. Cf. annexe 5 de la note DAP.

1-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 aux 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.).

1-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 que le personnel de santé dispense aux personnes détenues des informations relatives aux risques infectieux et aux complications liées à la pratique du tatouage et du piercing.

La détention d'une machine à tatouer ou d'un piercing est prohibée en détention[6].

1-E. LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL ET LES PROPHYLAXIES POST-EXPOSITION

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 pour les personnes détenues, en prenant les dispositions pour répondre aux questions suivantes :

- quel kit de traitement ARV (antirétroviraux) des accidents d'exposition au VIH est disponible dans les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) ?
- quelle procédure est prévue pour la prévention des hépatites virales B et C (proposition éventuelle de sérovaccination 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 ?

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 mais également le personnel.

6. Art. D. 318 du CPP.

Les recommandations de prise en charge se basent sur la circulaire DGS/RI2/DGOS/DGT/DSS du 20/08/91, du 13 mars 2008 et le rapport d'experts dirigé sous la direction du Pr Yéni (chapitre 17)[7].

En dehors des heures d'ouverture des unités sanitaires, c'est le dispositif *ad hoc* qui s'applique. Il implique 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, 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.

2 - LES DISPOSITIFS DE RÉDUCTION DES RISQUES : LES CAARUD

Créés par le décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005, les CAARUD s'adressent aux personnes exposées à des risques du fait de leur consommation de substances psychoactives.

Missions des CAARUD (art. 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, etc.) ;
- 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.

7. 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

Les CAARUD prennent souvent en charge les usagers les plus précarisés et présentant le risque de séroconversion 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 celles-ci vers un CAARUD à la fin de l'incarcération, lorsque cela est nécessaire.

CAHIER 2

PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

P. 265 > 273

Les maladies non transmissibles les plus fréquentes sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les diabètes et les maladies respiratoires chroniques (asthme, maladies broncho-pulmonaires chroniques), et l'insuffisance rénale chronique (IRC).

Ce cahier ne concerne pas les maladies psychiatriques.

FICHE 1

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

La prévalence des principales maladies non transmissibles en milieu carcéral reste mal connue à ce jour, en particulier en France où il n'existe aucune donnée robuste sur le sujet.

Une revue de la littérature, faite dans le cadre du Plan 2010-2014 PPSMJ par l'InVS, a permis de préciser certaines données épidémiologiques générales concernant la population détenue[1]. Pour les pathologies chroniques et les cancers, le rapport concluait en 2014 en ces termes :
« *Les prévalences des principales maladies non transmissibles étudiées sont de l'ordre de 3 à 20 % pour l'asthme, 0,2 à 14 % pour les maladies cardiovasculaires en général et 2 à 30 % pour l'HTA (hypertension artérielle), 3 à 5 % pour le diabète, 1 à 3 % pour le cancer.*
Ces résultats paraissent cohérents avec ceux retrouvés en population générale, sans surreprésentations, a priori.
Concernant les seniors incarcérés, les prévalences des pathologies chroniques semblent importantes mais pas nécessairement supérieures à celles observées en population générale, en dehors des maladies endocriniennes et métaboliques. Toutefois, l'augmentation du nombre de seniors incarcérés laisse présager des besoins croissants en termes de prise en charge et de suivi de ces pathologies. »

Un certain nombre de déterminants liés aux caractéristiques socio-démographiques de cette population, aux modes de vie antérieur 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, majorés 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.

1. http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenues-en-France-et-a-l-etranger

FICHE 2

PRÉVENTION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

La prévention de ces maladies tient compte avant tout des environnements (favorables ou non) y compris nutritionnel, et des antécédents individuels, personnels et familiaux. La consultation à l'entrée est la première occasion de repérage/dépistage des facteurs de prédisposition ou de fragilité. Elle permet un rappel des comportements favorables à la santé.

Les mesures de prévention de ces maladies suivent les recommandations de portée générale[2] (programme national nutrition santé[3], programme national de réduction du tabagisme [PNRT] pour le tabac, etc.), santé bucco-dentaire, repérage des personnes à risque élevé pour un risque cardiovasculaire et métabolique, diagnostic précoce des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), etc.

Des recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur "Prisons and Health 2014" insistent sur les mesures de prévention (réduction des facteurs de risque, éducation, promotion de la santé, etc.) sur quatre axes principaux : la lutte contre le tabagisme, la lutte contre l'alcool, la promotion d'une alimentation saine et l'importance d'une activité physique adaptée.

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 ;
- au retentissement de ces maladies chroniques sur une possible perte d'autonomie.

Le repérage précoce de la fragilité a pour objectif d'identifier les déterminants chez la personne détenue et d'agir sur ceux-ci pour retarder la survenue de la dépendance. Des outils de repérage de la fragilité existent en milieu ambulatoire (Haute Autorité de santé [HAS]). Même si le milieu de la détention en diffère notablement, les outils proposés peuvent être adaptés avec bénéfice pour aider à ce repérage, première étape vers une prise en charge personnalisée, notamment à travers la planification d'interventions de prévention globale formalisées.

Une attention particulière peut être portée, après 50 ans[4], au retentissement de ces maladies chroniques sur la perte d'autonomie, repérage des facteurs de fragilité.[5]

2. http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/
3. http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html
4. Cet âge, fixé arbitrairement, est souvent choisi au regard du vieillissement prématuré observé en général chez les personnes détenues.
5. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires

C'est ainsi qu'un travail sur la question nutritionnelle avec activité physique adaptée et accès à une alimentation équilibrée notamment dans le cadre de ce qui est cantinable, doit être systématiquement entrepris chez la personne à risque, en complément de mesures thérapeutiques spécifiques à chaque pathologie.

La présence de douleurs chroniques, symptôme le plus fréquemment repéré au regard de l'altération de la qualité de vie, n'est pas toujours signalée par la personne et doit être repérée systématiquement.

FICHE 3
DÉPISTAGE DES CANCERS

Les personnes détenues doivent avoir accès aux mêmes programmes de dépistage organisé des cancers que les personnes en milieu libre[6]. On notera en particulier l'accès aux dépistages organisés des cancers du sein et des cancers colorectaux pour les personnes de 50 à 74 ans, et du nouveau dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pour les femmes entre 25 et 65 ans à partir de 2018.

Toutefois, l'organisation doit être adaptée aux multiples contraintes du contexte carcéral. Elle repose sur une coordination entre l'équipe de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et la structure de gestion du dépistage des cancers dans le 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, de la part des personnels soignants.

6. Le plan cancer 2014-2019 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.

Les principaux dépistages[7] à réaliser concernent :

- le dépistage du cancer colorectal pour la population de 50 à 74 ans (soit environ 7 000 [11 %] personnes en milieu carcéral)[8]. Il repose sur un test immunologique de recherche de sang dans les selles. Les tests sont à demander aux structures de gestion par les médecins des USMP ;
- le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un frottis cervico-vaginal tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 65 ans[9]. De façon optimale, ce frottis est réalisé par un médecin dans le cadre d'un bilan. Une offre de consultations d'un médecin gynécologue ou la réalisation du frottis par le médecin généraliste sont nécessaires au sein de l'USMP. À noter que le taux de refus d'un tel examen n'étant pas négligeable lorsque le médecin est un homme, leur réalisation par une sage-femme est recommandée en cas d'indisponibilité d'un médecin femme[10] ;
- le dépistage du cancer du sein comporte une mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans[11]. L'accès à la mammographie est à organiser par l'hôpital de rattachement ;
- le dépistage du cancer de la prostate ne relève pas d'un dépistage organisé. Le dépistage individuel n'est pas recommandé non plus chez un patient n'ayant aucun facteur de risque en dehors de son âge (> 50 ans) ;
- 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 [12]. Il repose sur l'examen clinique (toucher rectal) et le test sanguin PSA (antigène prostatique spécifique)[13], complétés, en fonction des cas, par un diagnostic histologique.

7. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.
8. D'après la seule expérience disponible, la population de référence est relativement importante (25 % de la population pénale de l'établissement a plus de 50 ans). Le dépistage a été proposé avec des adaptations locales, en particulier renforcement des explications. Le taux de personnes dépistées est élevé : 86 % (50/58). La rentabilité reste à améliorer, 15 % d'examens sont à refaire, sans doute du fait d'explications insuffisantes, d'une mauvaise compréhension, du manque d'intimité en cellule, notamment en maison d'arrêt. Deux tests se sont révélés positifs et ont débouché sur des coloscopies (un polype et un examen à refaire). Outre l'intérêt pour la personne détenue en termes de réduction de la mortalité, cette étude insiste sur le renforcement du lien de la personne détenue avec l'UCSA dans une démarche préventive. F. Cordonnier, UCSA MC Poissy ; Congrès UCSA, Bordeaux, 2010.
9. 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).
10. Art. L. 4151-1 du CSP.
11. 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).
12. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf
13. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_dorientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf).

FICHE 4
MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

1 - GÉNÉRALITÉS

Dans le cadre de son programme de travail sur les affections de longue durée (ALD), la HAS publie et actualise régulièrement des guides médecins, en renvoyant à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5237/affections-de-longue-duree?cid=c_5237.

Il convient de développer en milieu pénitentiaire les programmes d'éducation thérapeutique du patient pour les maladies qui s'y prêtent.

Dans les cas où un mineur, en amont de son incarcération, fait l'objet au sein d'un service protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) d'une prise en charge thérapeutique pour une pathologie ayant donné lieu à un projet d'accueil individualisé (PAI)[14], ce document peut être transmis à l'USMP par les professionnels de la PJJ. 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 d'aménagements de peine pour raison médicale** doit être facilité (cf. Livre 5).

2 - INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)

La prise en charge des IRC, et notamment de ceux relevant d'un centre de dialyse, doit être organisée avec les établissements de santé de rattachement, voire le centre hospitalier le plus proche capable d'assurer un traitement de substitution de l'insuffisance rénale chronique.

Une coordination doit être travaillée avec l'administration pénitentiaire pour mettre en place l'organisation la mieux adaptée aux contraintes du traitement. Dans ces cas peu nombreux, on cherchera à privilégier une affectation dans un établissement pénitentiaire à proximité d'un centre hospitalier équipé.

14. « *Le projet d'accueil individualisé (PAI) résulte d'une concertation entre les différents intervenants impliqués dans la vie du jeune (parents, médecins traitants, 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* », 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).

3 - L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Il convient de développer en milieu pénitentiaire **l'éducation thérapeutique du patient** souffrant d'une **pathologie chronique**[15] et en capacité d'être inclus dans un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Définition

D'après la définition de l'OMS : « *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 psychosocial 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'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie*[16]. »

Organisation

L'ETP est inscrite dans la loi[17].

Les programmes sont autorisés par le directeur général (DG) de l'agence régionale de santé (ARS) compétente dans les conditions mentionnées par le décret 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation et de renouvellement. Ils sont rédigés sur la base d'un cahier des charges national précisé par l'arrêté du 15 janvier 2015. Ils sont autorisés pour **une durée de quatre ans**.

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.

Les actions d'ETP concernent également les mineurs. Elles sont organisées en lien avec les professionnels de la PJJ dans le cadre du travail éducatif engagé avec les mineurs.

L'ensemble des textes réglementaires et une foire aux questions sont disponibles sur le site du ministère chargé de la Santé :
http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/

Pour toute question, l'ARS est l'organisme de référence : http://www.ars.sante.fr/portail.0.html

15. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf et http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient-questions-reponses-relative-aux-programmes-d
16. OMS, *Glossaire de la promotion de la santé*, 1998.
17. Art. L. 1161-1, L. 1161-2 et L. 1161-4 du CSP.

CAHIER 3

PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

P. 275 > 285

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 (dorénavant inscrit dans la loi[1]), 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 2001[2] précise un certain nombre de recommandations. Une instruction de novembre 2010[3] reprécise les modalités de coordination des différents acteurs et de prise en charge.

Enfin, l'article 41 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 définit les objectifs et les modalités de la politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) liés à l'usage de substances psychoactives. Cette politique s'applique aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral.

1. L'art. 44 de la LMSS du 26 janvier 2016 prévoit à son premier alinéa : « Au début de son incarcération, il est proposé à toute personne détenue un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac. »
2. 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.
3. Instruction n° DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

FICHE 1

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS : DU REPÉRAGE À LA SORTIE DE DÉTENTION, L'INSTRUCTION DU 17 NOVEMBRE 2010

La prise en charge globale doit permettre le repérage, 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 traitements de substitution.

La prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addiction inclut des missions pouvant nécessiter l'intervention de professionnels issus de différentes équipes. Elle nécessite une forte coordination entre les intervenants autour du projet de soins de la personne (médecins de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire [USMP], du centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA], du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues [CAARUD], de l'équipe de liaison et de soins en addictologie [ELSA], etc.).

Les principaux temps de la prise en charge couvrent : le repérage, le diagnostic, la définition d'un projet de soins et la préparation à la sortie.

1 - REPÉRAGE SYSTÉMATIQUE DE TOUTE PERSONNE ENTRANT EN DÉTENTION, PRÉSENTANT UNE ADDICTION ET BÉNÉFICIANT OU NON D'UN TRAITEMENT POUR SA DÉPENDANCE

Le repérage des personnes présentant une addiction doit être effectué par les acteurs de première ligne, les professionnels des USMP, lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée et/ou dans les premiers jours suivant l'incarcération. Il peut aussi être fait tout au long du parcours de la détention.

Lors de cette consultation, il est proposé à la personne détenue et aux détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs (sauf si le mineur souhaite garder le secret[4]) la réalisation d'« *un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac* » et la vérification de 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.

4. Art. L. 111-5 du CSP.

2 - DIAGNOSTIC

Le diagnostic est posé par un professionnel de santé compétent en addictologie, qui définit un projet de soins adapté, si besoin spécialisés, accessibles dans le cadre de la détention.

3 - 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, l'accompagnement et le suivi psychologique et médico-social.

Le recours spécialisé est assuré selon les besoins du patient et les organisations locales, par :

- un médecin addictologue intervenant dans l'établissement, ou un professionnel d'une ELSA du centre hospitalier de rattachement de l'USMP ;
- ou un professionnel d'un CSAPA de proximité, voire d'une consultation jeune consommateur (CJC) pour les mineurs[5], identifié comme référent pour l'établissement pénitentiaire.

4 - PRÉPARATION À LA SORTIE

Pour favoriser le suivi du patient lors de la sortie, le personnel du CSAPA référent et/ou le professionnel référent de la prise en charge assurent la mise en relation du patient avec des partenaires extérieurs.

En fonction des situations, dans le respect des missions de chacun, les contacts doivent être les plus précoces possibles et se concevoir en articulation avec les conseillers du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et/ou les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Ce afin de garantir les conditions de la continuité effective des soins à la sortie. 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.

Pour les personnes présentant un risque d'overdose aux opiacés à leur sortie de détention, la délivrance de naloxone doit être discutée en amont. La délivrance est assurée par l'USMP dès lors que l'indication est posée, en lien avec les soignants assurant la continuité de la prise en charge à l'extérieur.

5. http://www.drogues.gouv.fr/actualites/dossiers/prevenir-accompagner-consultations-jeunes-consommateurs

FICHE 2

L'INTERVENTION DES CSAPA POUR LES PERSONNES INCARCÉRÉES

1 - DÉFINITION D'UN CSAPA

Créés par la loi du 2 janvier 2002[6], les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Fixées réglementairement[7], leurs missions s'étendent également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique). Une circulaire de 2008 précise leurs conditions de mise en place[8].

Les CSAPA sont gérés soit par un établissement de santé, soit par une association. Ils fonctionnent en ambulatoire et/ou avec hébergement. Ils remplacent – en les réunissant sous un statut commun – les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Une dizaine d'établissements pénitentiaires de grande densité carcérale disposent d'un CSAPA en propre, qui dépend de l'établissement de santé de rattachement.

2 - 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 nécessaire ;
- une CJC pour certains CSAPA.

6. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
7. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des CSAPA et décret n° 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des CSAPA.
8. Circulaire n° 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.

Les CSAPA ont **cinq missions obligatoires** : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, la prise en charge – dont la RDRD – et/ou l'orientation, et les activités de prévention[9]. Ils ont également **quatre missions facultatives** : consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs, activité de formation et de recherche, prise en charge des addictions sans substance, 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 ses patients, y compris le tabac.

9. Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

FICHE 3

LE 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'USMP. Elle assure des fonctions de coordination ;
- **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. Il fait l'objet d'une validation par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Ce protocole acte la nomination de la personne coordinatrice et du CSAPA référent. Il précise la place et le rôle des différents intervenants (dispositif de soins somatiques/ dispositif de soins psychiatriques, médecin addictologue, ELSA, CSAPA), en 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.

FICHE 4

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)

Selon les données de l'enquête Prévacar, la prévalence des TSO parmi les personnes détenues est estimée en moyenne à 8 %, sur la base d'un échantillon représentatif élaboré par l'Institut de veille sanitaire (InVS), le résultat étant extrapolable à l'ensemble de la population incarcérée en juin 2010. Cette enquête dresse plusieurs constats[10]. Un relevé d'activité des unités sanitaires de 2011 à 2012, d'après les données de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD), a permis de documenter les prescriptions de TSO en détention. Sur l'année 2012, le taux de personnes sous substitution était de 5 % à 13 % selon la typologie de l'établissement pénitentiaire, avec un taux moyen de 9 %.

Les personnes détenues rencontrant un problème de consommation d'un produit licite ou illicite bénéficient, durant la période d'incarcération et à leur libération, d'une prise en charge adaptée afin d'améliorer leur accès aux soins.

Les traitements de substitution aux opiacés sont accessibles, selon les mêmes modalités qu'en milieu libre, à toutes les personnes détenues dépendantes des opiacés. L'accessibilité aux différentes formes de traitement est garantie. Les modalités de délivrance et de prise du traitement répondent aux recommandations scientifiques en vigueur et aux règles de l'autorisation de mise sur le marché des différentes spécialités.

Le *Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral*[11], réactualisé et publié en 2012 dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », constitue un outil destiné aux équipes de professionnels intervenant en détention. Il se présente sous forme de fiches qui rappellent les bonnes pratiques des TSO en milieu carcéral. Les fiches pratiques traitent notamment de la prescription des TSO à l'entrée en détention, du renouvellement, de la délivrance, du mésusage, de la coprescription et de la prise en charge des patients en globalité.

10. Prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral et offre de soins : Prévacar. Communication affichée aux journées nationales d'infectiologie, 2011.
11. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf

FICHE 5

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE TABAGIQUE

La période de l'incarcération peut conduire à une augmentation de la consommation de tabac en raison de phénomènes anxieux et de stress, dans un contexte de prévalence élevée de consommation de tabac. À l'inverse, elle peut aussi constituer l'occasion d'un bilan de la consommation tabagique et d'une motivation pour la contrôler, voire la diminuer ou la cesser.

Il est donc recommandé que soit proposée une aide au sevrage tabagique avec, notamment, la mise à disposition de substituts nicotiniques, en particulier pour les mineurs qui n'ont pas le droit de fumer en détention[12].

Sur la base de la recommandation de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS)[13], le dépistage individuel du tabagisme et le conseil d'arrêt aux fumeurs doivent être systématiques. L'accompagnement psychologique est la base de la prise en charge du patient. Chez les patients dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux. Les traitements de substitution nicotinique (TSN) sont le traitement médicamenteux de première intention. Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les trois à six mois suivants[14].

Les personnes détenues entamant un sevrage, ainsi que les personnes qui ne fument pas, sont affectées en cellule « non-fumeurs » au sein de leur lieu de détention.

La circulaire du 31 janvier 2007[15] rappelle que cette mesure de protection est prise pour protéger les détenus contre le tabagisme passif, dont la nocivité est démontrée.

En 2014, une enquête relative à la prescription des TSN en milieu carcéral a été réalisée par la Direction générale de la santé (DGS) pour établir un état des lieux des prescriptions des TSN à partir des données recueillies en 2011 et 2012, *via* l'OSSD[16].

12. Art. D. 347 du CPP.
13. HAS, *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*, octobre 2013 (disponible en ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours).
14. Note DAP aux DISP du 11 août 2014 relative à l'utilisation de la cigarette électronique dans les établissements et services pénitentiaires.
15. 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 1er février 2007.
16. La DGOS a mis en place un OSSD. Les données sont recueillies sur une plate-forme *ad hoc*. Elles doivent aider à définir les plans d'actions nationaux et régionaux pour améliorer la prise en charge sanitaire dans tous les établissements de santé. Les unités sanitaires y renseignent annuellement un rapport d'activité type. Cet observatoire permet également la réalisation d'enquêtes ponctuelles.

Il ressort de cette enquête que le taux de prescription pour les USMP répondantes est relativement stable d'une année sur l'autre et homogène selon le type d'établissement (de l'ordre de 4 % en 2011, de 5 % en 2012).

Les recommandations préconisées se déclinent en quatre points :

- améliorer la qualité du recueil de données, pour permettre une meilleure connaissance de la prise en charge du tabagisme en milieu carcéral et de l'état de santé à l'entrée et en cours de détention, en particulier sur les maladies chroniques, dont les broncho-pneumopathies obstructives (BPCO) et les cancers liés au tabagisme ;
- éviter l'entrée dans la consommation, notamment pour le public jeune – mineurs et jeunes adultes – en faisant du critère du tabagisme un critère d'affectation dans les cellules des personnes détenues, afin que celles-ci ne soient pas encouragées à entrer dans une consommation de tabac et qu'elles ne soient pas victimes de tabagisme passif ;
- améliorer la prise en charge et aider à l'arrêt du tabac, en renforçant le repérage des addictions à l'entrée, conformément à l'instruction du 17 novembre 2010, et en renforçant l'offre et la pratique du sevrage tabagique ;
- assurer l'accès aux dispositifs de promotion pour la santé à destination de la population générale (opération « Moi(s) sans tabac »).

FICHE 6

LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

Cette orientation se concrétise par des actions de réduction des risques et des programmes d'éducation pour la santé, voire de promotion de la santé. Pour le développement de ce type d'actions, il existe des documents de référence et quelques principes clé dont dépend l'efficacité des actions : un comité de pilotage coordonné par l'USMP, qui définit les objectifs annuels, une coélaboration des programmes d'action, idéalement avec les bénéficiaires, en lien avec l'administration pénitentiaire et avec un partenariat adapté.

Ces actions sont complémentaires à celles menées par l'établissement pénitentiaire relatives à la lutte contre la circulation de substances psychoactives.

D'importants projets innovants, d'études et d'interventions étant en cours et des textes juridiques devant encore être élaborés, cette fiche fera l'objet d'un développement et d'une actualisation ultérieure. La réduction des risques infectieux est abordée au Livre 4, Cahier 1, Chapitre 3.

CAHIER 4

PRÉVENTION, REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DU SUICIDE

P. 287 > 301

Le suicide en milieu carcéral est une problématique prioritaire qui justifie la mobilisation des services pénitentiaires, sanitaires et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) sur les plans du repérage précoce, de la prévention du risque suicidaire, de la prise en charge de la crise suicidaire et de la postvention. Des raisons multiples peuvent expliquer des suicides en milieu carcéral, notamment :

- une population à risque : la prévalence des troubles psychiatriques, des troubles de la personnalité et des troubles addictifs en prison (à âges comparables) ;
- les contraintes liées à la privation de liberté, qui peuvent être associées à d'autres facteurs de risque et favoriser le passage à l'acte effectif. Ainsi, tout comme le contexte socio-professionnel et familial, les événements judiciaires et pénitentiaires sont des facteurs de risque identifiés.

La première semaine d'incarcération est particulièrement à risque. En 2015 et en 2016, 17 % des suicides ont eu lieu lors des dix premiers jours de l'incarcération. Le quartier disciplinaire est aussi un lieu sensible en termes de risque de passage à l'acte suicidaire : 14 % des suicides y ont été recensés en 2015, 16 % en 2016.

L'écoute des personnes détenues peut permettre de déceler la source de la détresse et de constater que la résolution d'une crise suicidaire ne peut pas toujours se faire par une prescription médicamenteuse ou par d'autres médiations thérapeutiques, qui parfois peuvent même s'avérer contre-productives.

Afin de parvenir à une baisse durable du nombre de suicides en prison, il est primordial de garder à l'esprit que la détection et la protection ne peuvent ressortir uniquement de la vigilance du personnel pénitentiaire et du personnel médical. Elles impliquent tous les acteurs de la vie carcérale : bénévoles, intervenants divers, familles et codétenus ou dispositif de codétenus de soutien (CDS).

Des données complémentaires sont disponibles dans les articles suivants :

- « Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche », Observatoire national du suicide, 1er rapport, novembre 2014, Fiche 8 relative au suicide des personnes détenues en France ;
- « 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 ;
- « Suicides des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », revue *Populations*, 69 (4), 2014, Ined.

La prévention, le repérage et la prise en charge du potentiel 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 » ;
- de la circulaire NOR JUS K 1140021C du 2 août 2011 relative à l'échange d'informations entre les services relevant du ministère de la Justice, visant à la prévention du suicide en milieu carcéral ;
- du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

FICHE 1

TERMINOLOGIE RELATIVE À LA PRÉVENTION DU SUICIDE

1 - DÉFINITIONS DU SUICIDE

Le suicide est un acte auto-infligé avec intention de mourir dont résulte la mort.

La tentative de suicide est un acte auto-infligé avec intention de mourir sans issue fatale.

Les idées suicidaires correspondent au désir de mettre fin à ses souffrances lorsque les autres solutions échouent. Les idées se développent au cours d'une période comportant des étapes décrites dans les formations : flashs suicidaires, idées fréquentes, rumination, programmation du scénario (avec quoi, où, comment et quand) et mise en œuvre.

2 - L'URGENCE SUICIDAIRE

2-A. DÉFINITION

Le degré d'urgence suicidaire permet de définir le stade de progression de la crise suicidaire dont découlera la conduite à tenir. Le niveau d'urgence suicidaire est défini :

- par la précision du scénario suicidaire ;
- par son délai de mise en œuvre envisagé.

2-B. ON CONSIDÈRE TROIS NIVEAUX D'URGENCE

	Urgence faible	**Urgence moyenne**	**Urgence élevée**
Planification suicidaire	Le moyen n'est pas déterminé ou il est très peu précis (liste de moyens vaguement envisagés). La personne n'a pas l'intention de passer à l'acte dans un court délai.	Soit que la planification est détaillée (moyen, lieu et temps déterminés) mais que le temps prévu soit au-delà de 48 heures ; soit que le moyen ou le temps ne soit pas déterminé.	Tous les éléments de la planification sont déterminés [coq : comment (moyen disponible), ou, quand] et le passage à l'acte est prévu dans les 48 heures ou est imminent.
État émotif de la personne	Sentiment de découragement. Les premières idées suicidaires peuvent être envisagées avec angoisse. Ne semble pas en crise. Apparaît en contrôle. N'envisage pas de poser un geste suicidaire à court terme.	Troublée émotionnellement. Paraît vulnérable et fragile. Peut passer du calme à la crise très rapidement. Elle rumine de plus en plus l'idée suicidaire. Elle renonce difficilement à son projet suicidaire.	Le suicide est devenu la seule solution. La crise est très prononcée, la personne est agitée ou exprime beaucoup d'émotions intenses (tristesse, colère, pleurs). La personne peut expliquer rationnellement son intention de suicide, en parle avec détachement ou apparaît anormalement euphorique. Ne se sent pas en contrôle ; a peur de passer à l'acte. La personne dit qu'elle n'en peut plus, elle semble dépassée et sans espoir.
Aspects fonctionnels (sommeil, alimentation, occupation)	Manque de motivation et d'intérêt, mais peut être encore apte à fonctionner dans ses activités quotidiennes. Le sommeil et l'alimentation peuvent être partiellement affectés.	Beaucoup de difficultés à fonctionner dans son quotidien. Dérèglements importants du sommeil et de l'alimentation.	La personne ne peut plus fonctionner (agitation ou immobilisme). Elle peut aussi retrouver un état de calme apparent face au suicide. Le retour de certains aspects fonctionnels peut donner une fausse impression que la situation s'améliore.
Projets	La personne parle de projets présents ou futurs. S'assurer que les projets sont bien réels.	La personne peut parler de projets ou d'engagements particuliers, mais l'intérêt qu'elle y porte est très faible.	La personne n'a aucun projet au-delà des 48 prochaines heures.
Volonté à accepter l'aide offerte	Accepte généralement l'aide offerte. Elle dit qu'elle appellera si cela ne va pas.	La personne peut nier avoir besoin d'aide. Elle renonce difficilement à son projet suicidaire. Elle peut cependant accepter de remettre l'élaboration de son plan suicidaire à condition d'être vue rapidement (d'ici 24 à 48 heures).	La personne peut ne pas vouloir d'aide ou l'accepter sans y croire.

La grille est adaptée au milieu ouvert et doit donc être interprétée avec prudence pour le milieu fermé. En effet, l'état émotif peut être en rapport avec des attitudes et comportements liés à une position de contestation de facteurs judiciaires et pénitentiaires qui rendent plus complexe l'appréciation de l'urgence suicidaire (en ligne : http://www.chrr.qc.ca/professionnelle/guide/pdf/autres/estimation_suicidaire.pdf).

2-C. LES ACTEURS DU REPÉRAGE DE L'URGENCE SUICIDAIRE

Tout intervenant auprès des personnes détenues participe au repérage de l'urgence suicidaire à tout moment de sa pratique. Ce repérage est particulièrement réalisé lors des situations à risque (arrivée, changement d'affectation, transfert, décision de justice, etc.).

Il revient aux personnels non sanitaires de signaler sans délai aux personnels de santé (unité sanitaire en milieu pénitentiaire [USMP], Centre 15) toute personne repérée en situation d'urgence élevée. Dans l'attente, le personnel pénitentiaire peut placer la personne détenue sous dotation de protection d'urgence (DPU) ou en cellule de protection d'urgence (CProU), selon les modalités précisées en Fiche 3.

Les autres situations d'urgence sont également systématiquement signalées au partenaire sanitaire dans un délai inférieur à 24 heures, afin qu'une prise en charge adaptée soit rapidement mise en œuvre. Par définition, elles ne justifient pas le recours à la DPU ni à la CProU. Le cas échéant, l'évaluation du niveau de l'urgence doit être reconsidérée.

2-D. LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE SUICIDAIRE

Seuls les personnels sanitaires sont compétents pour décider des modalités de prise en charge d'une personne repérée en situation d'urgence suicidaire. Il peut s'agir d'une mesure d'hospitalisation avec ou sans consentement, d'une prise en charge ambulatoire assurée au sein de l'établissement pénitentiaire (suivi médical, psychologique, traitement médicamenteux, etc.).

Lorsqu'il y a une urgence élevée et que le personnel sanitaire décide d'une mesure d'hospitalisation, tous les moyens devront être mis en œuvre pour qu'elle soit effective sans délai, le maintien des patients en détention risquant d'augmenter le risque de passage à l'acte malgré les mesures de prévention mises en place.

3 - LA DANGEROSITÉ SUICIDAIRE

3-A. DÉFINITION

La dangerosité suicidaire correspond à l'accessibilité du moyen considéré pour le passage à l'acte suicidaire et sa létalité (entraînant directement ou non la mort). Par exemple, la dangerosité suicidaire sera considérée comme élevée, si une personne envisage de se suicider par pendaison et qu'elle dispose d'un cordon ou d'un linge qu'elle peut nouer autour du cou, qu'elle est seule dans une cellule disposant d'une patère en hauteur. La dangerosité suicidaire sera considérée comme faible, si une personne envisage de se suicider par intoxication avec des médicaments à faible létalité, qu'elle est détenue en quartier d'isolement et ne bénéficie pas de traitement médicamenteux délivré par l'unité sanitaire.

3-B. LES ACTEURS DU REPÉRAGE DE LA DANGEROSITÉ SUICIDAIRE

Tout intervenant auprès des personnes placées sous main de justice peut repérer la dangerosité suicidaire, à partir du moment où il est informé de l'intentionnalité de la personne concernée.

3-C. LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DANGEROSITÉ SUICIDAIRE

La prise en charge d'une situation de dangerosité suicidaire nécessite une coordination entre les partenaires pénitentiaires et sanitaires afin que le personnel pouvant agir sur l'accessibilité du moyen considéré pour le passage à l'acte suicidaire ait connaissance de cette dangerosité. Cet échange d'information est réalisé, sans délai, entre les personnels sanitaires et les personnels pénitentiaires concernés, par tout moyen adapté. Il est souhaitable que les informations échangées soient tracées et que la personne concernée en soit informée. De même, cette dernière doit être informée des mesures mises en œuvre dans ce cadre.

Par ailleurs, cet échange d'informations est effectué dans le respect des règles relatives au secret médical, en tenant compte des missions de chacun et de l'intérêt de la personne concernée. Les mesures adoptées doivent être régulièrement réévaluées par les personnels soignants en fonction de l'évolution de la dangerosité suicidaire. L'administration pénitentiaire doit être informée des éventuels nouveaux aménagements sollicités.

4 - LE RISQUE DE SUICIDE

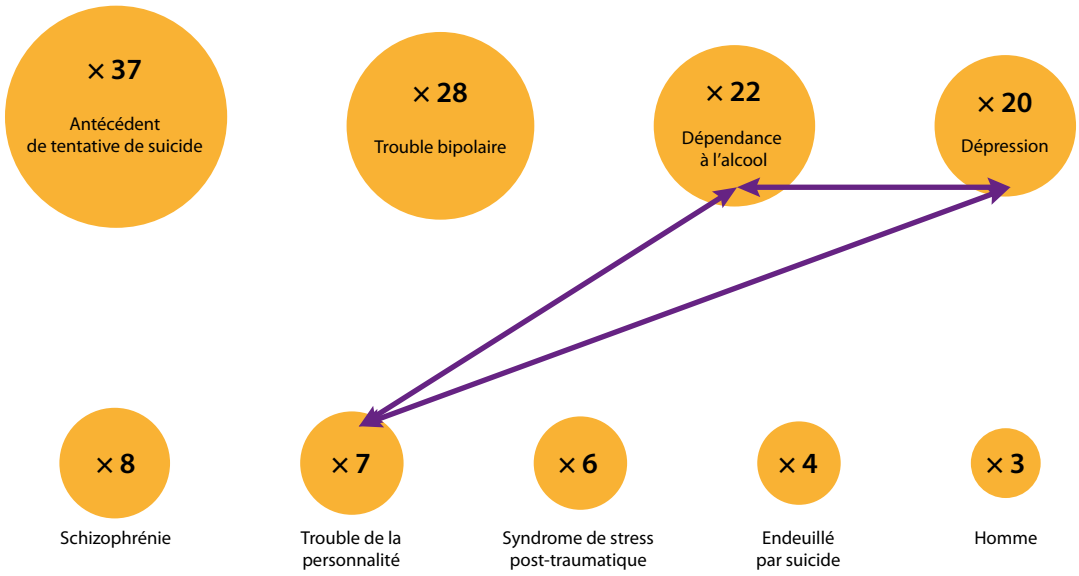
4-A. DÉFINITION

Le degré de risque de suicide est évalué à partir de la présence ou non, pour une personne, des facteurs de risque et de protection. Le risque de suicide est la probabilité de décéder par suicide au cours de la vie.

Note : les facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide ne sont pas totalement superposables. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes femmes, les suicides chez les hommes entre 35 et 55 ans.

	Les facteurs de protection	Les facteurs de risque
Du point de vue individuel	La résilience, la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'événements stressants et de faire face à l'adversité, à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse.	Les antécédents de tentative de suicide, de troubles psychiatriques, une santé physique altérée, certains traits de personnalité (faible estime de soi, impulsivité-agressivité, rigidité de la pensée, colère, propension au désespoir) ; les antécédents des suicides et tentatives de suicide dans la famille.
Du point de vue psychosocial	Le soutien socio-familial perçu et le fait d'avoir des enfants.	Des antécédents de maltraitance dans l'enfance ou de perte d'un parent durant l'enfance. Des difficultés économiques ou professionnelles. Un isolement social, une séparation ou perte récente, des échecs, des décisions judiciaires défavorables. Des difficultés dans le développement (difficulté scolaire, placement). Le suicide récent d'un proche ou d'une autre personne détenue.
Du point de vue culturel	Une croyance religieuse.	

UNE REPRÉSENTATION DES FACTEURS DE RISQUE ET DE LEURS POIDS RESPECTIFS (RISQUE RELATIF ET FRÉQUENCE)



Source : Bordeaux Rénovation. J-L Terra - 12 et 13 décembre 2016.

4-B. LES ACTEURS DU REPÉRAGE DU RISQUE SUICIDAIRE

Tout intervenant auprès des personnes détenues peut repérer leurs facteurs de risque de suicide et de protection. Afin que ce repérage soit opérant, il est indispensable que les informations soient collectées et partagées par les différents intervenants, dans le respect du secret professionnel et du secret médical pour les professionnels de santé.

L'**évaluation** du risque de suicide correspond à l'intégration des facteurs de protection et de risque à l'examen clinique de la personne concernée. Elle est réalisée par un personnel sanitaire après prise en compte des facteurs de risque et de protection communiqués par les différents intervenants.

4-C. LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE DE SUICIDE

L'administration pénitentiaire participe au développement des actions destinées à l'ensemble des personnes détenues, pour lutter contre les facteurs de risque de suicide et favoriser les facteurs de protection (lutte contre l'isolement : maintien des liens familiaux, accès aux activités ; lutte contre les maltraitances : lutte contre les agressions, etc.).

Il revient aux acteurs sanitaires d'indiquer à l'administration pénitentiaire les mesures pouvant être mises en place et relevant de sa compétence. Les professionnels de santé et l'administration pénitentiaire échangent régulièrement sur les organisations et les prises en charge sanitaires proposées aux personnes, afin de faciliter l'organisation des soins prescrits dans le respect des règles déontologiques. L'ensemble de ces mesures est présenté, discuté et régulièrement évalué, dans chaque établissement, notamment au cours de la commission pluridisciplinaire unique « Prévention suicide », ou tout autre dispositif de concertation ne portant pas sur une personne détenue en particulier, dans le respect des missions de chacun et des règles déontologiques.

FICHE 2
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. Elle constitue un support de dialogue et de communication lors des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU)/prévention suicide et des réunions hebdomadaires relatives aux mineurs. Elle est transmise aux participants et intégrée dans le logiciel Genesis.

Lors de ces réunions, toute situation pour laquelle il existe un doute portant sur le potentiel suicidaire est examinée. 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.

Les acteurs sanitaires sont informés de l'identification du risque suicidaire et confirment la réception du signalement.

1 - LES MINEURS

Cette problématique relève du champ large de la protection de l'enfance et de plusieurs modes de prise en charge (éducatif, médico-social, sanitaire et judiciaire).

Concernant les mineurs repérés en risque suicidaire[17], les personnels pénitentiaires et de la PJJ adaptent les modalités de prise en charge. Le renforcement de l'intervention se traduit entre autres par une présence accrue du service de la PJJ auprès du mineur concerné lors d'entretiens individuels et d'activités socio-éducatives[18]. Les professionnels pénitentiaires et de la PJJ disposent d'une grille d'évaluation du risque suicidaire spécifique aux mineurs. À l'instar de la CPU, la réunion de l'équipe pluridisciplinaire est l'instance compétente pour suivre le parcours d'exécution de la peine du mineur détenu et évaluer son risque suicidaire à partir des signalements effectués par les différents services concernés[19].

17. De 2008 à 2016, onze suicides de mineur en détention : près d'un mineur sur deux était en détention provisoire, cinq mineurs étaient détenus dans le cadre d'une procédure criminelle pour des faits d'atteinte sexuelle, dont un pour viol et homicide. Un sur deux avait fait l'objet d'un placement en CEF. Près d'un mineur sur deux est décédé dans les cinq premiers jours d'incarcération et plus de la moitié du vendredi au dimanche. Source : DPJJ/SDMPJE/K2.
18. Circulaire DACG/DAP/DPJJ du 2 août 2011 relative à l'échange d'informations entre les services relevant du ministère de la Justice et des Libertés visant à la prévention du suicide en milieu carcéral ; protocole d'échange d'informations entre les services judiciaires, l'AP et la PJJ visant à la prévention du suicide en milieu carcéral (+ annexe : grille « mineurs » d'évaluation du potentiel suicidaire), juin 2015.
19. Art. D. 514 du CPP.

FICHE 3

LA PRISE EN CHARGE PÉNITENTIAIRE DES PERSONNES DÉTENUES PRÉSENTANT UN RISQUE DE SUICIDE

La prise en charge d'une personne présentant un risque de suicide 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*[20]. »

Lorsqu'une personne détenue est repérée en urgence 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 au Centre 15. Pour favoriser l'adhésion au soin, il est important que la personne soit informée de ce signalement.

1 - MOYENS D'ACTIONS

1-A. PLAN INDIVIDUEL DE PROTECTION (PIP)

Les personnes détenues repérées comme présentant un risque de suicide élevé font l'objet d'une attention particulière de la part des personnels pénitentiaires.

Chaque personne repérée comme présentant un risque de suicide moyen ou élevé peut bénéficier d'un 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 actions précises visant à agir sur les facteurs de risque et de protection. 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, etc.).

20. Conférence de consensus, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », ANAES, octobre 2000.

1-B. DOTATION DE PROTECTION D'URGENCE (DPU), CELLULE DE PROTECTION D'URGENCE (CPROU)

En cas d'urgence suicidaire, le chef de l'établissement pénitentiaire signale dans les plus brefs délais la situation à l'USMP ou, le cas échéant, au Centre 15. Il peut décider de la remise d'une DPU ou du placement dans une CProU[21].

DPU

La DPU est constituée :
- de deux couvertures indéchirables et résistantes au feu ;
- de vêtements déchirables à usage unique (tenue et serviette de toilette).

La DPU doit être utilisée pour les personnes placées en CProU. Elle peut l'être pour celles affectées en cellule des quartiers arrivants, quartiers disciplinaires ou d'isolement, et 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 aiguë[22], dans l'attente d'une évaluation par le personnel sanitaire. L'USMP, ou le Centre 15 en dehors des heures ouvrées, doivent être informés immédiatement des signes inquiétants que présente la personne et qui ont provoqué la mise en place de la protection d'urgence, afin que toutes les mesures de prise en charge sanitaire nécessaires soient prises. L'USMP confirme la réception de ce signalement

Placement dans une 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'une urgence suicidaire, avec son placement ou son maintien en cellule ordinaire. Le placement dans une CProU est limité à 24 heures. Une DPU (couverture spécifique et vêtements déchirables)[23] est systématiquement remise. L'USMP, ou le Centre 15 en dehors des heures ouvrées, doivent être informés immédiatement des signes inquiétants que présente la personne et qui ont provoqué la mise en œuvre de ce placement, afin que toutes les mesures de prise en charge sanitaire nécessaires soient prises. L'USMP confirme la réception de ce signalement.

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 urgence suicidaire, elle est signalée sans délai au service médical ou fait l'objet, selon le degré d'urgence et en dehors des heures ouvrées, d'un appel au Centre 15.

21. Recommandation n° 12 du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide des personnes détenues.
22. Fiche n° 4 du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral.
23. Fiche n° 9 du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral.

2 - PRISE EN CHARGE DES MINEURS

Lorsque la personne détenue en urgence suicidaire est un mineur, les parents et/ou les détenteurs de l'autorité parentale sont avisés de la situation par le chef d'établissement. L'information des titulaires de l'autorité parentale est assurée dans les meilleurs délais, concernant les raisons de ce placement et la prise en charge. Une information sur la prise en charge sanitaire est donnée par l'équipe soignante aux détenteurs de l'autorité parentale et devra être réalisée dans les meilleurs délais (cf. Livre 2, Cahier 1, Fiche – « Droits des patients détenus »).

FICHE 4

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES PRÉSENTANT UN RISQUE DE SUICIDE

L'entretien avec un personnel de santé est proposé à toute personne repérée comme étant en urgence suicidaire, présentant une dangerosité suicidaire ou un (ou plusieurs) facteurs de risque de suicide afin :

- d'évaluer l'urgence et la dangerosité suicidaire ainsi que le risque de suicide ;
- 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, etc.) en privilégiant, dans toute la mesure du possible, l'adhésion du patient aux soins.

FICHE 5

LA POSTVENTION, OU MIEUX LIMITER LES CONSÉQUENCES D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

La postvention comprend l'ensemble des actions mises en place pour assurer la prise en charge des personnes qui ont été témoins du passage à l'acte suicidaire ou qui ont assuré des secours, ainsi que 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).

D'une manière générale, l'amélioration de la prévention du suicide et de la prise en charge en postvention nécessite de la communication et du travail en commun entre les équipes sanitaires et pénitentiaires indépendamment des événements suicidaires aboutis. 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. Le chef de l'établissement pénitentiaire peut proposer un entretien avec un professionnel de santé intervenant dans l'établissement. L'objectif est de limiter le phénomène de contagion qui peut exister chez des personnes fragiles.

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 dans le traitement du passage à l'acte donnant lieu à débriefing, le personnel sanitaire peut y être invité.

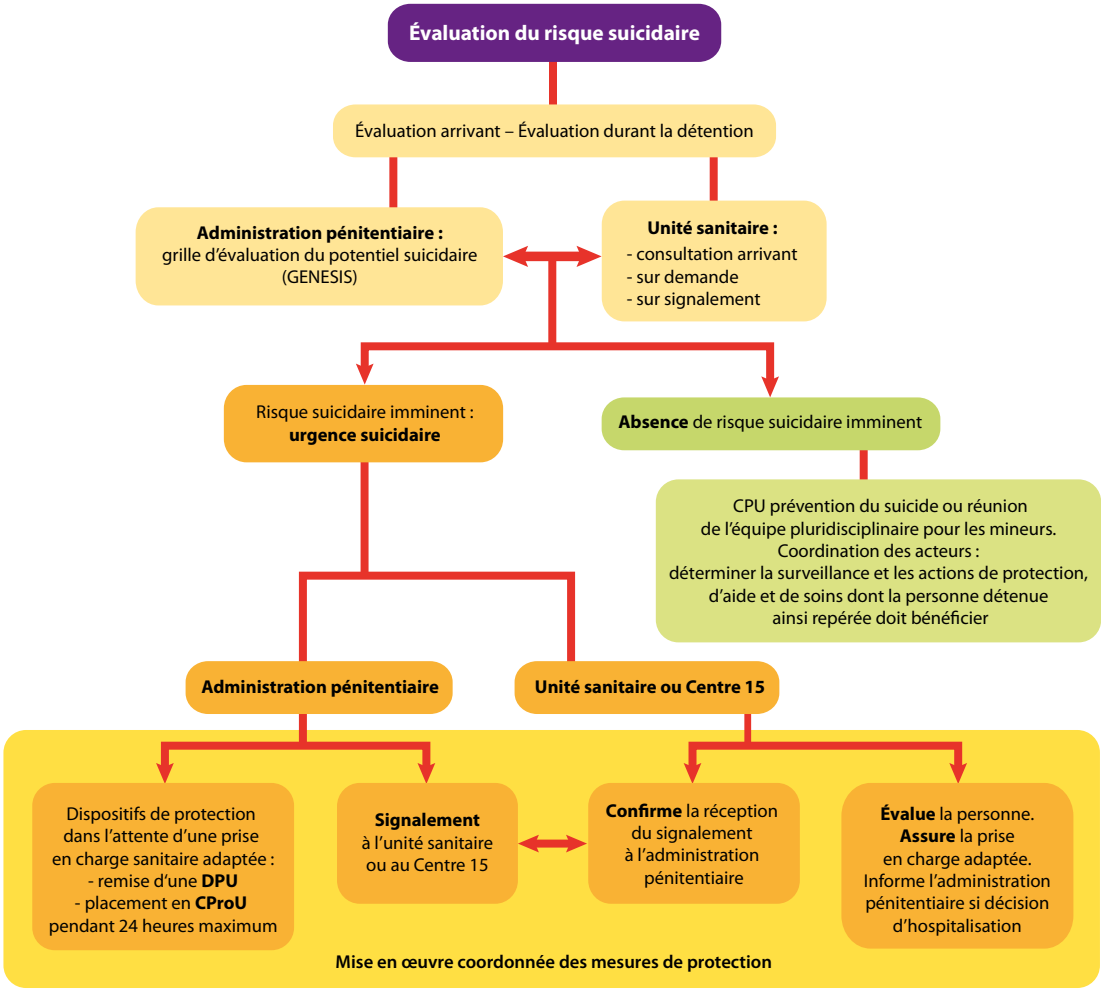
Un retour d'expérience (RETEX) est organisé dans le mois suivant l'événement. Ce RETEX est un moment d'échange collectif avec tous les acteurs et partenaires. Son objectif principal est l'amélioration des procédures de prévention du suicide mises en place au sein de l'établissement. Il s'inscrit dans une démarche qualitative d'optimisation des pratiques professionnelles. Il ne s'agit pas de juger les personnels mais d'un exercice d'introspection, systémique et pluridisciplinaire. Il est coanimé par le chef d'établissement et le référent

« prévention suicide » de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP). Le psychologue coordinateur peut venir en appui du référent prévention suicide.

Le RETEX rassemble les personnels et partenaires qui ont suivi la personne détenue décédée ou qui ont eu à connaître la personne. Il rassemble donc à la fois des personnels de l'administration pénitentiaire (direction, encadrement, surveillance, personnels pénitentiaires d'insertion et de probation) et d'autres personnels (de santé, enseignant, formateur professionnel, visiteur de prison, aumônier…) ayant accompagné la personne détenue qui s'est suicidée. Ce temps permet de réagir collectivement sur l'événement. À ce titre, il renforce la cohésion du groupe.

Les établissements de santé organisent également leur propre retour d'expérience, notamment dans le cadre de l'analyse des événements indésirables graves.

Des temps d'échanges sont organisés pour partager les conclusions de ces réunions.



CAHIER 5

PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL (AICS)

P. 303 > 316

FICHE 1

CONTEXTE ET FONDAMENTAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES AICS

Le principe d'un dispositif spécifique relatif à la prise en charge sanitaire des AICS ainsi qu'à la protection des mineurs a été instauré par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, 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. Il 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 (CPP), le principe de l'incitation aux soins des AICS pendant leur détention. En réponse à ces nouvelles exigences, 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), et à une offre de soins psychiatriques et psychologiques plus développée dans certains établissements pénitentiaires spécialisés. Elle tient également à la mise en place dans chaque région de centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS), qui animent le maillage santé-justice au niveau régional, et peuvent être sollicités par les équipes soignantes de tous les établissements pénitentiaires (cf. encadré).

Concernant les pratiques médicales, la Haute autorité de santé (HAS) a diffusé en juillet 2009, à l'attention des praticiens, des recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans (en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans).

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. Il 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 (en ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf).

Rappel de quelques définitions :

Les CRIAVS

Les CRIAVS 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 CRIAVS étaient en fonctionnement dans 23 régions. Ils assuraient un rôle de formation et de coordination des professionnels intervenant auprès des auteurs de violences sexuelles, en détention et hors détention.

Leurs missions sont les suivantes :
- la mise en place de formations initiales et continues pour les professionnels intervenant 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 pour fournir, aux professionnels de secteur, un appui de qualité sur les difficultés et questionnements qu'ils peuvent avoir sur leurs pratiques cliniques ;
- la mise en place d'un centre de documentation.

Une base de données nationale recensant 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/).

1 - 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 peut être prononcé à l'encontre des mineurs pour sanctionner les infractions de nature sexuelle et les meurtres aggravés[24].

Il impose au condamné l'obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance, destinées à prévenir la récidive à l'issue de la peine privative de liberté, sous le contrôle du juge d'application des peines (JAP) ou du juge des enfants (JE).

24. Art. 763-1 à 763-9 du CPP, art. 131-36-1 à 134-36-8 du CP.

2 - 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.

3 - L'OBLIGATION DE SOINS

L'obligation de soins, prévue par l'article 132-45 du Code pénal (CP), 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 (CSP), pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. 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.

FICHE 2

LA PRISE EN CHARGE EN DÉTENTION : L'INCITATION AUX SOINS

1 - LE LIEU D'ACCOMPLISSEMENT DE LA PEINE

Le condamné doit exécuter sa peine dans un établissement pénitentiaire lui permettant un suivi médical et psychologique adapté[25].

La Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et le ministère des Solidarités et de la Santé ont souhaité mener une politique de prise en charge particulière des offres de soins, destinés aux personnes condamnées pour des faits de nature sexuelle. À cet effet, ont été désignés 22 établissements pénitentiaires pour peines spécialisés dans la prise en charge des AICS.

Un protocole santé/justice, signé le 16 décembre 2011, 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.

2 - LE RÔLE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

2-A. L'INCITATION AUX SOINS

D'une part, le personnel sanitaire 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 du soin sont le consentement de la personne et la garantie de la confidentialité des échanges. La demande de soins peut également être formulée spontanément par la personne détenue elle-même auprès de l'équipe soignante.

D'autre part, le JAP ou le JE informe directement la personne de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à le suivre, l'information est renouvelée au moins une fois tous les ans[26].

25. Art. 717-1 et 763-7 du CPP.
26. Art. 763-7 du CPP.

Enfin, si un médecin estime que la personne est susceptible de faire l'objet d'un suivi médical et psychologique, le JAP ou le JE peut également proposer de suivre un traitement pendant la durée de sa détention[27].

Lorsque le détenu concerné 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 protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Ces derniers, en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale, peuvent accompagner le mineur dans son choix[28].

L'objectif poursuivi est de permettre à la personne détenue de s'engager dans le soin, si ce n'est pas déjà fait.

2-B. LES SOINS

La prise en charge des auteurs de violence sexuelle dans les établissements pénitentiaires non spécialisés ne fait pas l'objet d'une organisation des soins spécifique.

Dans les établissements où ce type de patients est présent, des thérapies de groupe centrées sur les problématiques de la violence sexuelle peuvent être proposées, mais elles s'inscrivent, comme tout autre type d'activités de groupe, dans la prise en charge psychiatrique générale des personnes détenues en milieu pénitentiaire de niveau 1.

Le personnel peut s'appuyer sur les CRIAVS, les formations et l'expertise qu'ils proposent.

2-C. LA DÉLIVRANCE D'ATTESTATIONS

Dès lors qu'une prise en charge est indiquée et acceptée par la personne, les équipes de soins définissent la méthode de soins appropriée à chaque patient. Ils lui remettent alors les attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de lui permettre de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement des soins. Les attestations de suivi conditionnent 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 condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en suivant une « *thérapie destinée à limiter les risques de récidive* ».

Sauf décision contraire du JAP ou du JE, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, qui refuse pendant son incarcération, de suivre le traitement qui lui est proposé par le JAP ou le JE en application des articles 717-1 et 763-7 du CPP.

27. Art. 717-1 du CPP.
28. Art. L. 1111-2 du CSP et art. 763-7 du CPP.

2-D. LA 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 les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné, sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du CP, au médecin coordonnateur, afin qu'il les transmette au médecin traitant[29].

3 - LE RÔLE DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET DE LA PJJ

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 peines ;
- le chef d'établissement pénitentiaire est chargé[30] de signaler au psychiatre intervenant dans l'établissement dont il a la charge, les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire. Il met, en outre, à sa disposition un résumé de la situation pénale, ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées dans le dossier individuel de la personne détenue ;
- les personnels pénitentiaires prennent, dans le cadre de leurs fonction et compétence, les dispositions logistiques nécessaires (locaux, organisation des mouvements, etc.) pour faciliter, à la demande du responsable médical, la mise en place d'ateliers et d'activités thérapeutiques de groupe, dans la mesure du possible et du respect des règles de sécurité des personnes et de l'établissement ;
- dans le cadre de la prise en charge effectuée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation et de manière adaptée aux besoins des personnes sous main de justice et aux risques de récidive.

Dans chaque établissement, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), ou la PJJ si le détenu est mineur, participe à l'élaboration d'un projet d'exécution de peine pour la personne détenue. Ils mettent également en œuvre, dans le cadre de leur mission de prévention de la récidive, toutes les actions nécessaires pour favoriser une insertion ou réinsertion sociale la plus efficiente possible (actions spécifiques, programme de prévention de la récidive et aménagement de peine). Les personnels des SPIP et ceux de la PJJ préparent ainsi la sortie, en étroite articulation avec les différents professionnels intervenant auprès des personnes détenues, notamment les personnels sanitaires.

Les SPIP participent également 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 aux détenus mineurs : entretiens individuels et activités socio-éducatives, qui relèvent du champ de la santé. En lien avec le service de santé, les éducateurs sont soutenus dans leur mission par les interventions de psychologues et d'infirmiers de la PJJ, afin de cibler plus particulièrement leur action à destination des AICS.

29. Art. L. 3711-1 du CSP.
30. Art. R. 57-8-4 du CPP.

FICHE 3

LA PRISE EN CHARGE À LA LIBÉRATION (AMÉNAGEMENT OU FIN DE PEINE) : L'INJONCTION DE SOINS

1 - LA 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 ou d'une libération sous contrainte[31].

Dans l'ensemble de ces situations, la sortie est préparée en cohérence par tous les acteurs du milieu pénitentiaire, notamment les personnels du SPIP et ceux de la PJJ pour les détenus mineurs, sur les plans de la prévention de la récidive et l'unité de soins, et de la problématique médicale. Ce projet, établi 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 a été condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins à exécuter à la suite de la peine privative de liberté, le JAP – ou le JE – doit ordonner l'expertise médicale de l'intéressé avant sa libération, si la condamnation a été prononcée plus de deux ans auparavant ; sinon cette expertise est facultative[32].

Quel que soit le cadre légal de l'injonction de soins, la personne concernée est placée sous le contrôle du JAP – ou du JE – dont dépend sa résidence habituelle[33].

31. Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.
32. Art. 763-4 du CPP.
33. Art. 763-1 du CPP.

2 - LES ACTEURS DE L'INJONCTION DE SOINS

2-A. LE JAP OU LE JE

Il désigne le médecin coordonnateur.

Il indique à la personne condamnée faisant l'objet d'un suivi, le nom du médecin coordonnateur désigné et qu'elle devra le rencontrer dans un délai qu'il fixe et qui ne peut être supérieur à 1 mois[34].

Lorsque la personne condamnée est détenue, le rappel des obligations est fait dans les jours précédant sa libération par le JAP – ou le JE pour les mineurs – sous le contrôle duquel le suivi socio-judiciaire doit être effectué. Le JAP du lieu de détention communique, en temps utile, au JAP compétent pour contrôler le suivi socio-judiciaire, le dossier individuel du condamné[35] établi et tenu par le greffier du JAP[36].

2-B. LE MÉDECIN COORDONNATEUR

Nomination

Le JAP ou le JE désigne, par ordonnance, un médecin coordonnateur sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée. Cette liste est établie tous les trois ans par le procureur de la République[37].

Le médecin coordonnateur ne peut avoir de lien (familial, d'alliance, intérêt professionnel) avec la personne condamnée, ni être son médecin traitant ou l'expert désigné dans la procédure[38].

La désignation du médecin coordonnateur doit intervenir, dans la mesure du possible, avant la libération d'un condamné détenu, 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 CPP, cette désignation doit intervenir avant la libération, ou avant la fin de la rétention de sûreté de l'intéressé[39].

Missions (art L. 3711-1 du CSP)

- Le médecin coordonnateur 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. Il lui précise la nature de ses interventions ainsi que celles du médecin traitant et/ou du psychologue traitant et des acteurs judiciaires[40].
- Il invite la personne condamnée, au vu des expertises réalisées, à faire le choix d'un médecin traitant[41]. 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[42]. L'accord du mineur sur ce choix est recherché. Si la personnalité du condamné le justifie, le médecin coordonnateur peut inviter celui-ci à choisir,

34. Art. R. 61 du CPP.
35. Art. R. 61-4 du CPP.
36. Art. R. 61-3 du CPP.
37. Art. L. 3711-1 du CSP.
38. Art. R. 3711-8 du CSP.
39. Art. R. 3711-8 du CSP.
40. Art. R. 3711-12 du CSP.
41. Art. L. 3711-1 du CSP.
42. Art. R. 3711-12 du CSP et R. 3711-16.

soit en plus du médecin traitant, soit à la place de ce dernier, un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins cinq ans[43].

Ces deux missions sont mises en œuvre dans la mesure du possible, avant la libération du condamné détenu. Toutefois lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du CPP, elles doivent intervenir avant la libération ou la cessation de la rétention de sûreté[44].

- Le médecin coordonnateur informe le médecin traitant/et ou psychologue de sa désignation et s'assure de son consentement[45].
- Il conseille le médecin et/ou psychologue traitant si celui en fait la demande[46].
- Il transmet au JAP, au JE ou au travailleur social, les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins (IS)[47].
- Il convoque la personne détenue, périodiquement et au moins une fois par trimestre, pour réaliser un bilan de sa situation[48].
- Il transmet au JAP ou au JE les éléments nécessaires au contrôle de l'IS (au moins un rapport par an ou 2 par an si la personne est condamnée pour un crime mentionné à l'art. 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[49].

Le JAP – ou le JE – 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[50].

Toute expertise médicale ordonnée par le JAP ou le JE, est communiquée en copie au médecin coordonnateur et, le cas échéant, au médecin traitant ou au psychologue traitant[51].

2-C. LE MÉDECIN ET/OU PSYCHOLOGUE TRAITANT

Désignation

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. Informés de ce choix par le médecin coordonnateur, ils ont 15 jours pour lui confirmer par écrit 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[52].

43. Art. L. 3711-4-1 du CSP.
44. Art. R. 3711-8 du CSP.
45. Art. R. 3711-14 du CSP.
46. Art. L. 3711-1-2° du CSP.
47. Art. L. 3711-1-3°.
48. Art. R. 3711-21 du CSP.
49. Art. L. 3711-1-4°.
50. Art. R. 3711-10 du CSP.
51. Art. R. 3711-23 et R. 3711-25 du CSP.
52. Art. R. 3711-14 du CSP.

Missions (art. L. 3711-3 du CSP)

- Organiser et effectuer l'accompagnement psychothérapeutique, prescrire éventuellement un traitement pharmacologique.
- Informer le JAP, le JE, le SPIP ou le service PJJ de l'interruption du traitement. En aviser immédiatement le médecin coordonnateur.
- En cas de refus ou d'interruption du traitement contre son avis, il le signale sans délai au médecin coordonnateur qui en informe, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, le JAP ou le JE. En cas d'indisponibilité du médecin coordonnateur, il peut informer directement le JAP ou le JE du refus ou de l'interruption du traitement intervenu contre son avis.
- Il peut proposer au JAP d'ordonner une expertise médicale.
- Délivrer au patient des attestations du suivi de traitement à intervalle régulier afin de lui permettre de justifier auprès du JAP ou du JE 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[53].

Lorsqu'il cesse de suivre la personne, il retourne ces pièces au médecin coordonnateur, qui les transmet au JAP ou au JE.

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[54] et des articles R. 3711-12 à R. 3711-23 du CSP, sont également applicables au **psychologue traitant**[55].

53. Art. L. 3711-2 et R. 3711-22 du CSP.
54. Art. L. 3711-3 al. 5 du CSP.
55. Art. R. 3711-25 du CSP.

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 ; • le sursis avec mise à l'épreuve ; • surveillance de sûreté ; • rétention 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 JAP ou du JE, 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 JAP ou du JE. • Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant et le JAP ou du JE.

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 CP 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 au condamné 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 CSP, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcoolisées** ;

L'injonction thérapeutique codifiée aux articles L. 3413-1 à l'article L. 3423-1 du 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. Il s'agit du 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. Il prévoit son prononcé à tout moment de la procédure pénale et la mise en place d'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 soin.

Les fonctions du médecin relais[1] :
- mettre en œuvre la mesure d'injonction thérapeutique, en proposer les modalités et en contrôler le suivi effectif sur le plan sanitaire ;
- procéder à l'examen des personnes, contrôler la mise en œuvre effective de la mesure, assurer l'articulation entre le dispositif de prise en charge et l'autorité judiciaire qui a prononcé l'injonction thérapeutique ;
- accompagner sa collaboration d'un avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure.

La désignation : après dépôt d'un dossier auprès du directeur général (DG) de l'agence régionale de santé (ARS), les médecins relais habilités à procéder au suivi des mesures d'injonction thérapeutique doivent être inscrits sur une liste départementale établie par ce dernier, après avis du procureur général près 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

1. Art. L. 3413-3 du CSP.

Budget et de la Santé du 21 septembre 2009. L'arrêté 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 DG de l'ARS 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 et, 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.

CAHIER 6

PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS

P. 317 > 325

Contexte

La détention des mères avec leur nourrisson et des femmes enceintes se fait dans des quartiers adaptés au sein des établissements pénitentiaires. Les conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée sont rappelées dans la circulaire[1] du 16 août 1999. On compte 70 places de nurseries réparties dans 28 établissements en métropole et en outre-mer.
Lors de la révélation d'une grossesse pendant la détention, la personne détenue est accompagnée par les services sanitaires et sociaux dans son choix de poursuivre ou non sa grossesse.
Une personne mineure peut taire son état aux titulaires de l'autorité parentale[2]. Dans ce cas, elle se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Les femmes enceintes de plus de 12 semaines condamnées peuvent bénéficier de mesures d'aménagement ou de suspension de peine[3]. Eu égard à leur situation médicale, les femmes enceintes prévenues peuvent bénéficier du dispositif de droit commun de mise en liberté pour motif médical[4].

Lorsque la femme est mineure, un accompagnement éducatif spécifique doit être proposé lors de la grossesse, puis à la naissance du bébé.

Équipements immobiliers et mobiliers

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 détenues.

1. Circulaire JUSE 9940062C du 16/08/1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.
2. Art. L. 1111-5 du CSP.
3. Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. L'art. 25 a créé un art. 708-1 du CPP qui impose la prise en compte, par le procureur de la République et par le juge de l'application des peines, de l'état de grossesse de plus de douze semaines d'une femme condamnée, lors de la mise à exécution de la peine d'emprisonnement prononcée à son encontre. Doit donc être favorisée, le cas échéant, l'exécution en milieu ouvert des peines prononcées sans mandat de dépôt et entrant dans le champ d'application de l'art. 723-15 du CPP ou être étudiée la possibilité d'en différer la mise à exécution lorsque l'application de l'art. 723-15 est exclue pour des motifs juridiques ou d'opportunité. De même, l'art. 723-16 du CPP (possibilité de mise à exécution en établissement pénitentiaire en cas de survenance d'un fait nouveau, d'une incarcération pour autre cause ou de risque avéré de fuite) ne devra être appliqué que lorsque la situation le justifie de manière impérieuse.
- *L'art. 720-1 du CPP* modifié prévoit que lorsque la personne condamnée est une femme enceinte de plus de 12 semaines ou exerce l'autorité parentale sur un enfant de moins de 10 ans ayant chez ce parent sa résidence habituelle, le seuil de deux années de peine restant à subir, prévu en matière de suspension de peine pour motif familial, est porté à quatre ans. Il s'agit d'une solution temporaire car elle ne fait que reporter l'incarcération qui se trouve interrompue.
- *L'art. 729-3 du CPP* : la libération conditionnelle prévue par cet article, dite libération conditionnelle parentale, pouvant être accordée aux personnes condamnées à une peine privative de liberté inférieure ou égale à 4 ans ou pour lesquelles la durée restant à subir est inférieure ou égale à 4 ans (sauf condamnation pour crime ou délit commis sur un mineur ou état de récidive légale) et visant jusqu'à présent exclusivement les condamnés exerçant l'autorité parentale sur un enfant de moins de 10 ans ayant chez ce parent sa résidence habituelle, bénéficie également aux femmes enceintes de plus de douze semaines.
- *Les art. 723-1 et 723-7 du CPP* qui étendent expressément à la libération conditionnelle parentale prévue par le nouvel art. 729-3 susvisé les mesures de semi-liberté, placement extérieur (art. 723-1 du CPP) ou surveillance électronique (art. 723-7 du CPP) probatoires à une libération conditionnelle.
Ainsi, une personne condamnée exerçant l'autorité parentale sur un enfant de moins de 10 ans, ou enceinte de plus de 12 semaines, et dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à 5 ans, peut bénéficier de l'une de ces mesures sous écrou, probatoire à une libération conditionnelle, pendant une durée égale ou inférieure à un an, qu'elle soit ou non en détention.
4. Art. 147-1 du CPP créé par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Ces établissements doivent également disposer de l'équipement nécessaire à l'accueil d'un enfant : lit, baignoire, chauffe-biberon, etc.

À noter que parmi les sept établissements pénitentiaires repérés pour accueillir les mineures détenues, trois établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs (EPM)[5] disposent d'une cellule « mère-enfant ».

5. EPM Lavaur, EPM Meyzieu, EPM Quiévrechain.

FICHE 1

SUIVI DE LA FEMME ENCEINTE EN DÉTENTION

1 - EN PRÉ-PARTUM

Les **femmes enceintes** bénéficient d'une information[6] adaptée à leur situation pendant la grossesse, d'un accompagnement spécifique (entretien prénatal précoce et sept séances de préparation à la naissance)[7], d'un suivi prénatal médical obligatoire adapté au niveau de risque maternel et/ou fœtal[8] et de la proposition de réaliser trois échographies obstétricales, réalisés par une équipe de gynécologie-obstétrique (médecin ou sage-femme) en collaboration avec les médecins de l'unité sanitaire.

Une attention particulière sera portée aux femmes enceintes mineures qui requièrent, du fait de leur jeune âge, des conditions de prise en charge adaptées[9].

L'entretien prénatal précoce est proposé aux femmes par le professionnel de santé qui réalise le premier examen prénatal. Il est réalisé le plus tôt possible au cours de la grossesse et permet en particulier de repérer certaines situations de vulnérabilité qui peuvent relever d'une orientation spécialisée dès le début de la grossesse (entretien psychologique, consultation d'addictologie, etc.).

La déclaration de grossesse permet à la femme de bénéficier du suivi médical prévu par la loi : prise en charge à 100 % des examens et des bilans obligatoires par l'assurance maternité, prise en charge à 100 % par l'assurance maternité de tous les actes et examens remboursables, qu'ils soient en lien ou non avec la grossesse, à compter du premier jour du sixième mois de grossesse jusqu'au 12e jour après l'accouchement, et de bénéficier des prestations offertes par la caisse d'allocations familiales.

Le médecin de l'unité sanitaire doit veiller à ce que la grossesse soit déclarée avant la fin de la 14e semaine de grossesse ou, au-delà, dès que la grossesse est constatée.

6. HAS, *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*, avril 2005.
7. HAS, *Préparation à la naissance et à la parentalité*, novembre 2005.
8. HAS, *Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement*, mai 2007.
9. HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées*, mai 2007.

Un examen bucco-dentaire est également proposé à la femme enceinte à compter du quatrième mois de grossesse, dès lors que la déclaration de grossesse a été réalisée.

Le suivi de grossesse de la femme enceinte est réalisé par le médecin de l'USMP, un gynécologue obstétricien ou une sage-femme en fonction des besoins et des choix de la personne. Une extraction sanitaire est organisée si besoin pour assurer ce suivi. Les règles applicables en matière d'extraction médicale des femmes enceintes (ou des femmes passant un examen gynécologique) sont les suivantes : tout accouchement ou examen gynécologique, sans aucune exception, doit se dérouler sans menottes et entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues[10]. À partir du sixième mois de grossesse, les femmes enceintes ne doivent en aucun cas être simultanément menottées et entravées, quelles que soient la nature de la consultation et les circonstances, et y compris pendant le trajet entre l'établissement et le lieu de consultation. Elles ne peuvent être menottées que si leur dangerosité est avérée ; elles ne peuvent être entravées pendant les trajets et hors situations prévues à l'article 52 de la loi pénitentiaire qu'à titre exceptionnel, dès lors qu'elles sont connues pour leur grande dangerosité et, de surcroît, alternativement au port des menottes.

La survenue de situations à risque doit être régulièrement évaluée au cours de la grossesse par les professionnels qui assurent le suivi médical de la femme enceinte[11]. Les modalités d'une hospitalisation prénatale en urgence (y compris de jour) doivent être prévues dans un établissement de santé adapté au niveau de risque identifié, qu'il soit maternel ou fœtal ; cet établissement pouvant être différent de l'hôpital de rattachement. Les établissements de santé concernés sont précisés dans le protocole cadre.

2 - ACCOUCHEMENT

Il doit se dérouler dans une maternité d'un niveau adapté à la prise en charge de la mère et du/des nouveau(x)-né(s)[12], tenant compte des éventuelles situations à risque préalablement diagnostiquées.

Lors de l'extraction, l'escorte devra obligatoirement comporter un personnel féminin. Tout accouchement, sans aucune exception, doit se dérouler sans menottes et entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire[13], afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues (art. 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009).

La mère peut demander à ce que le père de l'enfant assiste à l'accouchement. Dans le cas où le père est également détenu, et sous réserve de l'accord de la mère, il peut demander une permission de sortir.

10. Art. 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.
11. HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des risques identifiés*, 2007.
12. Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le CSP.
13. Circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale du 18/11/2014.

3 - SUITE DE COUCHES[14]

Le suivi de la mère est assuré par l'unité sanitaire en lien avec le service de gynécologie obstétrique. Des séances de rééducation (pelvienne et abdominale) peuvent être proposées aux femmes.

La femme doit être accompagnée dans son choix de recourir ou non à l'allaitement[15].

Une consultation postnatale doit obligatoirement être organisée au plus tard huit semaines après l'accouchement, à l'occasion de laquelle la question de la prescription d'une contraception post-partum sera abordée.

4 - TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MOYENS DE CONTRAINTE ET MESURES DE SURVEILLANCE LORS DES EXTRACTIONS MÉDICALES DES FEMMES ENCEINTES DE PLUS DE SIX MOIS

Moyens de contrainte pendant le trajet	Mesures de surveillance et moyens de contrainte pendant la consultation		
	Accouchement	Examen gynécologique	Autre examen
• Pas de simultanéité dans le port des menottes et des entraves. • Port des menottes réservé à celle dont la dangerosité est avérée. • À titre exceptionnel : port des entraves possible, alternativement au port des menottes, pour les personnes connues pour leur grande dangerosité.	• Hors la présence du personnel de surveillance. • Pas de menottes. • Pas d'entraves.	• Hors la présence du personnel pénitentiaire. • Pas d'entraves. • Pas de menottes. Pour mémoire, ces prescriptions s'appliquent à toutes les femmes, enceintes ou non.	• Présence ou hors présence du personnel, selon les règles habituelles. • Pas de simultanéité dans le port des menottes et des entraves. • Port des menottes réservé à celles dont la dangerosité est avérée. • À titre exceptionnel, port des entraves possible, alternativement au port des menottes, pour les personnes connues pour leur grande dangerosité.

14. La durée moyenne de séjour dans un établissement de santé est de 4,4 jours pour un accouchement par césarienne et de 4 jours pour un accouchement par voie basse, enquête nationale périnatale 2010 DGS/DREES/INSERM.
15. HAS, *Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation*, juin 2006 et HAS, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, 2014.

FICHE 2

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

Les enfants peuvent être laissés en détention auprès de leur mère jusqu'à l'âge de 18 mois[16]. À la demande de la mère, la limite d'âge de 18 mois peut être reculée, sur décision du directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent, après avis d'une commission consultative[17].

La prise en charge sanitaire de l'enfant laissé auprès de sa mère incarcérée est rappelée dans la circulaire relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral. Elle ne relève pas de la compétence de l'équipe soignante de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), sauf en cas d'urgence où cette dernière peut être amenée à intervenir dans l'attente de l'intervention sollicitée (après appel du Centre 15).

L'enfant n'ayant pas le statut de personne détenue et – sauf exception – la mère, y compris mineure, détenant l'autorité parentale, celle-ci choisit librement le médecin qui suit son enfant. Elle peut ainsi le désigner comme médecin traitant au titre de l'article L. 162.5-3 du Code de la Sécurité sociale (CSS). Le médecin doit bénéficier d'une autorisation d'accès à l'établissement. La mère doit pouvoir assister à la consultation, y compris lorsqu'une consultation est nécessaire en dehors de l'établissement pénitentiaire, sous réserve que sa situation pénale le lui permette.

Le cas échéant, la personne détenue peut désigner par écrit une personne de confiance pour accompagner l'enfant aux urgences.

Les agences régionales de santé (ARS), les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP), les établissements concernés et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) organisent localement un dispositif de soins qui prévoit :

- l'intervention régulière d'un ou de plusieurs médecins de ville dont les prestations sont proposées aux mères ;
- pour les urgences pédiatriques, le recours au Centre 15 qui centralise les appels et y répond de façon adaptée peut être retenu ;
- pour le suivi préventif de l'enfant[18] l'intervention du service de protection maternelle et infantile (PMI), dans le cadre d'une convention du conseil départemental avec l'établissement pénitentiaire ;
- l'intervention d'un pédopsychiatre.

Une convention entre l'établissement pénitentiaire, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) pour les mères mineures, le conseil départemental et, le cas échéant, l'établissement de santé ayant un service de pédopsychiatrie, précise les modalités de leurs interventions.

Un carnet de santé est délivré pour tout enfant dès la déclaration de naissance[19]. En pratique, il est remis à la mère à la maternité. Les informations qu'il contient sont soumises au secret médical.

16. Art. D. 401 du CPP.
17. Art. D. 401-1 du CPP.
18. Art. L. 2111-2 du CSP.
19. Art. L. 2132-1 du CSP.

Parentalité : liens mère/enfant

Dans le contexte carcéral, une attention particulière doit être apportée au développement psychoaffectif de l'enfant et à la parentalité[20]. Une attention particulière est apportée au maintien des liens mère/enfant et père/enfant ainsi qu'aux conditions de leur interruption éventuelle.

Il est recommandé qu'une coordination locale soit assurée par la PMI, au titre de ses missions médico-sociales préventives en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans, en lien avec l'USMP, le pédopsychiatre, le SPIP et, si nécessaire, le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Lorsqu'il s'agit d'une mère mineure, c'est la PJJ et non le SPIP qui intervient. La PJJ informe le juge des enfants en charge du dossier de la mère mineure et travaille en collaboration avec lui.

20. HAS, *Préparation à la naissance et à la parentalité*, novembre 2005.

FICHE 3

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)[21]

Une IVG peut être demandée par toute femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse. Dans le cas d'une personne mineure, le titulaire de l'exercice de l'autorité parentale est informé, sauf si la jeune femme mineure souhaite garder le secret[22]. Elle se fait alors accompagner dans sa démarche par un adulte de son choix.

L'IVG est réalisée conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun et aux recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de santé (HAS)[23].

Concernant les mineures, la prise en charge se différencie par le caractère obligatoire de certains entretiens[24].

Dans le cadre du suivi de sa grossesse, la femme enceinte peut bénéficier, si nécessaire, d'une interruption volontaire de grossesse pour motif médical.

21. Art. L. 2213-1 à L. 2213-3 du CSP (Santé de la mère et de l'enfant) et art. R. 2213-1 à R. 2213-6 du CSP (Santé de la mère).
22. Art. L. 2212-7 du CSP.
23. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2021610/fr/interruption-medicamenteuse-de-grossesse-les-protocoles-a-respecter
24. Voir art. L. 2212-4 du CSP.

CAHIER 7

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES

P. 327 > 342

INTRODUCTION

L'incarcération est un bouleversement dans la vie des mineurs qui peut avoir des répercussions sur leur santé. Mais c'est aussi une opportunité pour eux de s'y intéresser.

À ce titre, la prise en charge de la santé des personnes mineures doit faire l'objet d'une vigilance exercée par tous les acteurs participant à leur environnement, dont les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire et ceux des services de milieu ouvert compétents, en lien avec les titulaires de l'autorité parentale.

> Les États parties veillent à ce que : « *Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par des visites, sauf circonstances exceptionnelles.* »
>
> Art. 37c de la CIDE

L'intervention auprès des mineurs incarcérés est précisée dans deux textes de référence qui sont : la circulaire DAP/DPJJ du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs et la note DAP/DPJJ du 4 juillet 2014 relative au projet des établissements pénitentiaires habilités à l'accueil des mineurs.

La prise en charge sanitaire des mineurs relève du droit commun, comme pour les personnes majeures[1]. Cependant la circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 n° 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés précise certaines caractéristiques liées à ce public. Elle rappelle également l'objectif de la politique de santé qui est de rendre le mineur acteur de sa santé.

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.

> **Les caractéristiques de prise en charge des mineurs 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**[1].
>
> 1. Convention internationale des droits de l'enfant, art. 3, alinéa 1, résolution 44/25 du 20 novembre 1989, ONU et ratifiée par la France le 26 janvier 1990.

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

La détention d'une personne mineure tient compte de ces principes et y répond par :

- l'encellulement individuel ;
- la séparation des mineurs et des majeurs ;
- 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, aux activités socio-éducatives et sportives ;
- 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).

Ainsi, outre l'avis de la personne mineure, pour toutes les 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 en vue d'obtenir les autorisations qui s'imposent et d'engager utilement une décision de soins.

Ce chapitre 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 (AP). 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 vient compléter les autres fiches du guide méthodologique auxquelles il renvoie, en 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.

FICHE 1

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, il convient de respecter les droits afférents aux titulaires de l'autorité parentale. Les textes qui régissent l'exercice de l'autorité parentale sont mentionnés dans la Fiche 1, Cahier 2-3.

Cependant, dans des cas limitativement énumérés par la loi, une juridiction civile ou répressive peut retirer partiellement ou totalement à un parent l'autorité parentale. L'expression « détenteurs (ou titulaires) de l'autorité parentale » concerne aussi bien les parents que le tuteur 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 doivent être informés de la santé de leur enfant.

Cette information[1] est délivrée au cours d'un entretien individuel avec les détenteurs de l'autorité parentale et/ou avec la personne mineure. Les services de la PJJ contribuent à favoriser l'exercice de l'autorité parentale à tous les stades de la détention[2].

1. Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la HAS et homologuées par un arrêté du ministre en charge de la Santé.
2. Note DPJJ du 7/12/2009 relative à l'autorité parentale en détention et aux modalités d'intervention des services PJJ.

Conformément aux dispositions de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique (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 titulaires de l'autorité parentale doit être obtenu pour **toute décision médicale et chirurgicale relative** à la santé du mineur, à l'exception des situations mentionnées aux articles L. 1111-5 et suivants du CSP qui permettent de passer outre le recueil de cette autorisation.

- le médecin peut *« se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans les cas où celle-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé*[2] *»* ;
- l'article L. 1111-5-1 du CSP créé par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit que l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, de dépistage ou de traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où celle-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. L'article L. 6211-3-1 du même Code créé par la loi précitée contient une disposition de même nature pour le dépistage de maladies infectieuses transmissibles.

Le consentement des détenteurs de l'autorité parentale concerne notamment :
- la vaccination, à l'exception des vaccinations qui présentent un caractère obligatoire, article L. 3116-2 du CSP ;
- 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 :
  - le carnet de santé,
  - le recueil information santé (RIS) et éventuellement le projet d'accueil individualisé (PAI) établis à la PJJ lors d'une mesure judiciaire confiée à la PJJ et préalable à la détention ;
- tout document médical (dossier, résultats d'examens, etc.) relatif au suivi de santé de la personne mineure ;
- la discussion autour « de l'état de santé » de la personne mineure dans le cadre de la commission pluridisciplinaire *ad hoc* et le partage d'informations avec les professionnels médicaux extérieurs sollicités ;
- la création et l'accès des professionnels au dossier médical partagé du mineur (art. R. 1111-26 du CSP issu du décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé) ;
- les détenteurs de l'autorité parentale peuvent directement, ou par l'intermédiaire des professionnels PJJ, solliciter les professionnels médicaux pour :
  - demander une consultation dans l'intérêt de la personne mineure,
  - demander un certificat ou tout autre justificatif médical utile aux démarches relatives à la personne mineure.

2. Art. L. 1111-5 du CSP.

Quelques situations médicales n'imposent pas l'obtention de l'accord des titulaires de l'autorité parentale. Il s'agit de :
- l'accès à l'IVG (art. L. 2212-7 du CSP) (Livre 4, Cahier 6 – « Prise en charge des femmes enceintes et des enfants ») ;
- l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence (art. L. 5134-1 du CSP) ;
- le dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)-virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (chlamydiose, gonococcie, vaginite aiguë) (circulaire DGS/VS2-DSS/AM3-DH n° 32 du 26 mars 1993) ;
- le contexte de la maternité : la personne mineure a autorité parentale sur son bébé (art. 371-1 du CC) (Livre 4, Cahier 6 – « Prise en charge des femmes enceintes et des enfants »).

En matière de couverture sociale (cf. Livre 7 – « Droits sociaux et financements des soins »), 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.

Le cas particulier des mineurs sans représentants légaux sur le territoire national

a- Mineur non accompagné : le recours à une mesure de tutelle

Cette demande est faite auprès du juge aux affaires familiales agissant comme juge des tutelles des mineurs, sur la base de l'article 390 du Code civil (CC) qui stipule que : « *La tutelle s'ouvre lorsque le père et la mère sont tous deux décédés ou se trouvent privés de l'exercice de l'autorité parentale. Elle s'ouvre, aussi, à l'égard d'un enfant dont la filiation n'est pas légalement établie* [...]. »

Cette action implique donc de rapporter la preuve du décès du ou des représentants légaux ou bien de justifier des recherches entreprises pour les retrouver.

En l'absence de proches susceptibles d'exercer la tutelle, celle-ci est déférée à la collectivité publique compétente en matière d'aide sociale à l'enfance ; il s'agit d'une tutelle départementale ne comportant ni conseil de famille ni subrogé tuteur (art. 411 du CC).

Elle permet l'exercice des actes d'autorité parentale sur la personne et les biens du mineur ainsi que sa représentation. Il reviendra donc au tuteur de donner son consentement aux examens médicaux concernant le mineur.

b- Mineur non accompagné ne bénéficiant pas d'une mesure de tutelle : le recours à la délégation d'autorité parentale

Sachant que le seul éloignement des parents à l'étranger ne peut permettre d'ouvrir une mesure de tutelle, il peut être utile de solliciter auprès du juge aux affaires familiales, une demande de délégation d'autorité parentale sur le fondement de l'article 377 alinéas 2 et 3 du CC, qui dispose que :
« *En cas de désintérêt manifeste ou si les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale, le particulier, l'établissement ou le service départemental de l'aide sociale à l'enfance qui a recueilli l'enfant ou un membre de la famille peut également saisir le juge aux fins de se faire déléguer totalement ou partiellement l'exercice de l'autorité parentale.*
Dans ce dernier cas, le juge peut également être saisi par le ministère public, avec l'accord du tiers candidat à la délégation totale ou partielle de l'exercice de l'autorité parentale, à l'effet de statuer sur ladite délégation. Le cas échéant, le ministère public est informé par transmission de la copie du dossier par le juge des enfants ou par avis de ce dernier.
Dans tous les cas visés au présent article, les deux parents doivent être appelés à l'instance. Lorsque l'enfant concerné fait l'objet d'une mesure d'assistance éducative, la délégation ne peut intervenir qu'après avis du juge des enfants. »

Ainsi, cette procédure peut également être utilisée lorsque les titulaires de l'autorité parentale sont identifiés dans le pays d'origine du mineur. En effet, en cas de désintérêt manifeste ou lorsque les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales peut être saisi aux fins de délégation totale ou partielle de l'exercice de l'autorité parentale.

Cette action peut notamment être diligentée par le ministère public avec l'accord du tiers candidat à la délégation, qui peut être informé de la situation par le juge des enfants (JE), sur transmission du dossier du mineur ou d'un avis. Pour rappel, le fonctionnement de la délégation d'autorité parentale implique l'existence d'un tiers volontaire pour l'exercer, qu'il ait recueilli l'enfant ou pas.

Si le mineur fait également l'objet d'une mesure d'assistance éducative, la délégation ne peut intervenir qu'après avis du JE.

Cette délégation peut être partielle ou totale ; ainsi elle peut être relative au consentement à un ou plusieurs actes médicaux.

FICHE 2
L'ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF

Les missions dévolues à la PJJ et à l'organisation de ses services sont traitées au Livre 1.

La prise en charge éducative des mineurs incarcérés est assurée par les services de la PJJ ; elle s'exerce dans le cadre pluridisciplinaire associant des éducateurs et un psychologue, et parfois un professeur technique, un infirmier et un assistant social.

Par ailleurs, plus spécifiquement en lien avec les questions de santé, la PJJ développe depuis 2013 une démarche de promotion de la santé « PJJ promotrice de santé », dont l'objectif est d'agir sur les déterminants de santé des jeunes, accessibles durant la prise en charge judiciaire. Cette approche globale de la santé[3] fait de chaque professionnel, dans la limite de l'exercice de son métier, un acteur de santé indispensable à l'accompagnement du mineur dans son parcours de santé/bien-être.

1 - PROFESSIONNELS ÉDUCATIFS

Les personnes mineures incarcérées bénéficient systématiquement d'une prise en charge éducative par la PJJ. Cette exigence résulte des règles de droit national et international. Le responsable de l'unité éducative, garant de cette prise en charge éducative, est le premier interlocuteur institutionnel.

Dans ce cadre, les éducateurs de la PJJ peuvent aider les professionnels de santé 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 la juridiction 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 individualisée. 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.

3. La promotion de la santé (Charte Ottawa, OMS 1986) est un concept visant la réduction des inégalités de santé, qui agit selon 5 axes : 1- la définition de politiques positives pour la santé, 2- Le développement d'environnements favorables, 3- Le recours à la participation des publics, 4- l'acquisition d'aptitudes individuelles, 5- La réorientation des services de santé. Dans le cadre de la PJJ promotrice de santé, ce dernier axe a été modifié pour « le recours aux services de santé » plus adapté aux missions de la PJJ.

Aussi, au sein d'établissements pénitentiaires dotés d'un quartier des mineurs (QM) ou des 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…). En application de la note d'orientation de la DPJJ du 30 septembre 2014, le service de la PJJ qui intervient en détention veille à associer le service de milieu ouvert de la PJJ qui assurait un suivi avant l'incarcération.

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 les professionnels de la PJJ, la santé constitue une opportunité de rencontre et de relation avec la personne mineure. C'est l'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 individualisé.

1-A. OUTILS « SANTÉ » DE LA PJJ

Dans le cadre de la prise en charge de la santé au sein des établissements et des services de la PJJ dont les unités sont présentes en détention, les professionnels disposent d'un guide 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 (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 éducative[4]. 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 titulaires de l'autorité parentale…
- Le projet d'accueil individualisé (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 besoins[5] (affection de longue durée : pathologie, handicap, etc.).

1-B. CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS PLACÉS SOUS MAIN DE JUSTICE

La prise en charge des personnes mineures placées sous-main de justice est caractérisée par sa continuité : dans la plupart des cas, un suivi éducatif de milieu ouvert préexiste à la détention et le service éducatif reste en charge de la situation 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.

4. Extrait du *Guide des dispositions en santé à la PJJ*, 2008.
5. *Ibid.*

Dans le respect du secret médical, 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 ;
• de la prévention du risque suicidaire.

1-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,
  - du recueil d'informations utiles à la mise en œuvre ou au suivi d'une démarche de santé,
  - du soutien de la personne mineure dans la désignation d'une personne majeure l'accompagnant dans sa démarche de santé (personne de confiance) lorsque celui-ci mobilise son droit au secret (Fiche 1, Cahier 2-3) ;
  - de l'accompagnement au suivi de la prise en charge de sa santé dans le respect du secret médical ;
- **entre les professionnels médicaux et 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 ;
- **entre les professionnels médicaux et 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 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 comité de pilotage animé par l'unité sanitaire.

Enfin, lorsqu'un mineur qui a atteint l'âge de 18 ans en détention est affecté dans un quartier adulte, les professionnels de la PJJ assurent une transition avec les personnels pénitentiaires (surveillants et conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation [CPIP]). À ce titre, ils peuvent être conviés à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) afin d'assurer ce relais.

2 - 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 des établissements : recueil des besoins en santé, mise en place d'un réseau de partenaires intervenant dans le champ sanitaire, accès aux soins, organisation de la distribution des médicaments, mise en place d'un bilan de santé, 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 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 (responsable d'unité, éducateurs, psychologues, professeurs techniques...) et les détenteurs de l'autorité parentale.

Dans le cadre de la détention, ils 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 relayer aux professionnels de la PJJ des 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.

3 - PSYCHOLOGUES DE LA PJJ

Intervenant au sein des services et des établissements de la PJJ, les psychologues veillent à garantir la prise en compte de la vie psychique afin de promouvoir l'autonomie des mineurs. 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 au magistrat quant à la prise de décision.

Ils peuvent organiser une prise en charge thérapeutique en ayant recours aux dispositifs de droit commun et, si besoin, ils 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.

4 - RÉUNION HEBDOMADAIRE DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

L'article D. 514 du Code de procédure pénale (CPP) 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...* ».

La circulaire interministérielle n° DGS/DGOS/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 pose le cadre des échanges qui peuvent se faire notamment au sein de cette instance[6].

6. 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 CPU prévue par l'art. D. 90 du CPP ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'art. D. 514 du même Code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la PJJ.

FICHE 3

PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES

1 - MINORITÉ

Le soin à l'adolescent nécessite de tenir compte de l'état de minorité du sujet et de proposer une démarche adaptée à sa faculté de compréhension, d'adhésion et d'adaptation liée à son degré de maturité. L'écoute du jeune patient y tient une place importante. La 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 quant à la sémiologie et aux réponses thérapeutiques. Ainsi, en milieu pénitentiaire, le recours à des spécialistes formés tels que les pédiatres et les pédopsychiatres doit être possible.

De même, en cas d'hospitalisation et y compris en psychiatrie, le recours à des lieux ou à des conditions d'hospitalisation permettant aux adolescents d'être auprès d'autres adolescents, séparés d'adultes[7], et de bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur âge, doit également être possible.

Concernant la prise en charge hospitalière en psychiatrie, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) accueillent des personnes mineures.

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.

7. La Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé adoptée par le Parlement européen le 13 mai 1986 et la circulaire DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

2 - FAIRE NAÎTRE 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. Les titulaires de l'autorité parentale doivent être tenus informés de ces démarches, pour lesquelles leur accord s'impose le cas échéant.

2-A. 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 (art. 371-2 du CC et L. 1111-5 CSP).

2-B. SPÉCIFICITÉS D'INTERVENTION

L'examen médical à l'accueil

L'examen médical d'accueil permet de faire le bilan de l'état de santé de la personne mineure et des besoins spécifiques, notamment en termes de continuité de traitement, de souffrance psychique, de consommations de produits psychoactifs, de troubles somatiques, de suivi gynécologique pour les mineures, de risque suicidaire, etc.

Une proposition de dépistage des infections sexuellement transmissibles doit être effectuée et renouvelée autant de fois que nécessaire au cours de l'incarcération. L'accord parental n'est pas nécessaire pour effectuer ces dépistages (cf. Cahier 4-1).

En cas de refus de l'examen médical d'entrée par le mineur, il est nécessaire de proposer à nouveau cette consultation au cours de la période d'incarcération.

L'examen s'inscrit dans le parcours en santé de la personne mineure et, à ce titre, intègre les données antérieures. Celles-ci comprennent 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.

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)[8], 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 (rougeole, rubéole et oreillons [ROR]) ou proposées (hépatite B, méningite C, papillomavirus humain [HPV]) (cf. Cahier 4-1-1).

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.

Une attention particulière est à porter aux mineures enceintes. En effet, dans la classification des niveaux de risque des grossesses[9], les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) 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 cumulent 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, etc.) 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 pluridisciplinaire formée à l'accueil d'adolescentes et de prévoir une fréquence de visites supérieure à celle recommandée[10] dans le cadre d'une grossesse « à bas risque » (déroulement « normal » de grossesse)[11].

Lors de la grossesse, il revient aux professionnels de la PJJ et de l'AP de travailler, avec la mineure, son projet quant à l'accueil de son enfant pendant sa période d'incarcération : garder l'enfant auprès d'elle ou le confier à un tiers (milieu familial ou aide sociale familiale [ASE]).

Lorsque le bébé naît, c'est la jeune mère mineure qui a autorité parentale sur son enfant, conjointement avec le père de l'enfant s'il l'a reconnu.

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 renforcé[12]. Une coordination entre les professionnels

8. Art. L. 3111-2, L. 3111-3 et R. 31111-2 du CSP.
9. HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, mai 2007.
10. P. Alvin et D. Marcelli, *Médecine de l'adolescent*, coll. « Pour le praticien », Éditions Masson, 2e éd., 2005, p. 362-363.
11. *Ibid.*
12. *Ibid.*

de la PJJ et le conseil départemental/PMI sera organisée pour aider la jeune maman à prendre en charge son nourrisson.

À noter que les EPM de Lavaur, de Meyzieu et de Quiévrechain peuvent accueillir des mineures et disposent d'une cellule « mère-enfant ».

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 3, Cahier 4-6).

La prise en charge se différencie par le caractère obligatoire de certains entretiens[13].

Le choix de méthode d'IVG est fait en concertation avec la personne mineure et doit comporter une information sur l'ensemble des méthodes, des risques et des effets secondaires potentiels.

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. À ce titre, toute prise de médicaments doit être accompagnée (dosage, mode d'administration, horaire de prise) afin d'éviter une gestion individuelle par le jeune lui-même[14].

La prévention du suicide

Dans le cadre de la prévention du risque suicidaire des mineurs détenus, une attention particulière est portée au recueil d'informations utiles à l'évaluation du risque, dès leur accueil.

Les professionnels de la PJJ contribuent à ce recueil en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale et les services de milieu ouvert de la PJJ, voire de l'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 éléments 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.

Par ailleurs, la prévention du suicide chez les adolescents sous main de justice invite à porter une attention particulière au maintien des liens du mineur avec sa famille et à la prise en charge de sa souffrance psychique, voire de sa toxicomanie[15].

13. Voir art. L. 2212-4 du CSP.
14. Art. L. 313-26 du CASF.
15. « Le suicide chez les adolescents détenus. Étude de 3 monographies », DPJJ/SDMPJE/K2, juillet 2016.

CAHIER 8

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Cette partie, en cours de modification, fera l'objet d'une actualisation prochaine.

Livre 5

PERMISSION DE SORTIR ET AMÉNAGEMENTS DE PEINE POUR RAISON MÉDICALE

FICHE 1

AMÉNAGEMENT DE PEINE ET MISE EN LIBERTÉ POUR RAISON MÉDICALE

Ces informations sont disponibles dans le *Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale.*

FICHE 2

PERMISSIONS DE SORTIR

En vertu de l'article D. 143 du Code de procédure pénale (CPP), des permissions de sortir d'une durée maximale d'une journée peuvent être accordées aux personnes condamnées pour se présenter dans un centre de soin, sous réserve qu'ils entrent dans les critères définis par cet article.

En outre, les personnes détenues condamnées pour l'un des crimes mentionnés à l'article 706-53-13 du CPP, doivent rencontrer le médecin coordonnateur et son médecin traitant avant leur libération ou la cessation de leur rétention de sûreté. Cette rencontre peut s'organiser par le biais des permissions de sortir ou, le cas échéant, des autorisations de sortie sous escorte. Les permissions de sortir pour se rendre à un centre de soin et les autorisations de sortie sous escorte pour rencontrer un médecin coordonnateur et un médecin traitant sont accordées par le juge de l'application des peines (JAP), qui précise dans sa décision les modalités de la permission (horaires de sortie et de retour, lieu d'hébergement, mode de transport, délai de route, etc.). L'article D. 146-4 du CPP permet toutefois au JAP de décider, dans son ordonnance statuant sur le principe de l'octroi de la ou les permissions, que la date et les modalités d'exécution de cette ou ces permissions seront fixées et précisées par le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), après avis du chef d'établissement. La personne détenue doit supporter les frais de transport occasionnés. À ce titre, la personne condamnée se verra refuser sa permission de sortir si elle ne dispose pas des fonds suffisants sur sa part disponible.

Les permissions de sortir et autorisation de sortie sous escortes ne sont donc applicables que pour un nombre limité de personnes, et soumises à une décision judiciaire. Cependant, le droit prévoit également les possibilités de demander un aménagement de peine ou une mise en liberté pour raison médicale, dans les cas où l'état médical de la personne lui permet d'entrer dans le cadre de cette procédure.

FICHE 3

GRÂCE PRÉSIDENTIELLE

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, elle permet d'avancer la date de fin d'une peine et, par là même, 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 décrites dans le *Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale*.

Livre 6

ORGANISATION DE L'ÉDUCATION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

FICHE 1

DÉFINITION, CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉDUCATION ET DE LA 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'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986. À noter que la définition de l'OMS de la santé est très ambitieuse : il s'agit d'un état complet de bien-être physique, mental et social, soutenu par 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. La promotion de la santé est donc un ensemble d'actions qui agissent sur plusieurs niveaux des déterminants de la santé. Elle est basée sur une approche pluridisciplinaire et intersectorielle et ne se limite pas à l'intervention des seuls professionnels de la santé.

Les actions de promotion de la santé doivent être construites selon une approche globale de la santé et se développer en direction de cinq axes, définis dans la charte d'Ottawa :

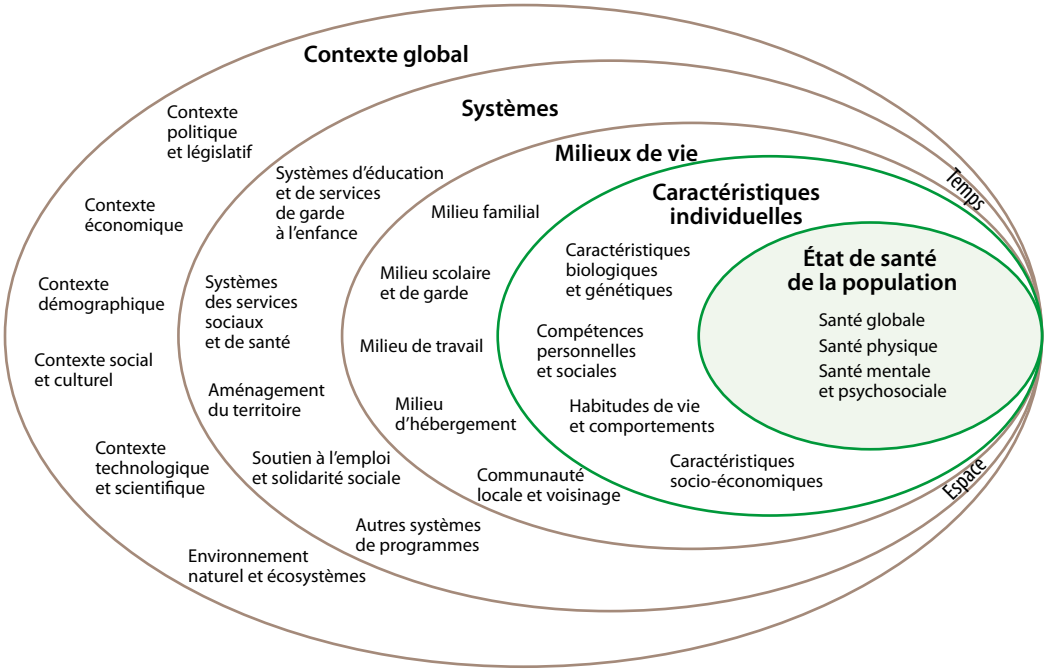
- des politiques positives pour la santé ;
- un environnement favorable ;
- la participation des publics ;
- l'acquisition d'aptitudes ;
- l'accès aux soins selon une approche globale de la santé.

C'est cette mise en synergie qui confère à ces actions une plus grande efficacité au bénéfice des publics qu'elles concernent.

L'éducation pour la santé est une **stratégie d'intervention en 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 à améliorer

leur santé. L'éducation pour la santé agit sur les déterminants individuels. Elle est basée sur la participation des personnes et s'appuie sur leurs demandes et leurs représentations[1].

LES DÉTERMINANTS INFLUENÇANT L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux. *La Santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002 : 24 p. En ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf

1 - CONTEXTE

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) depuis leur création en 1994.

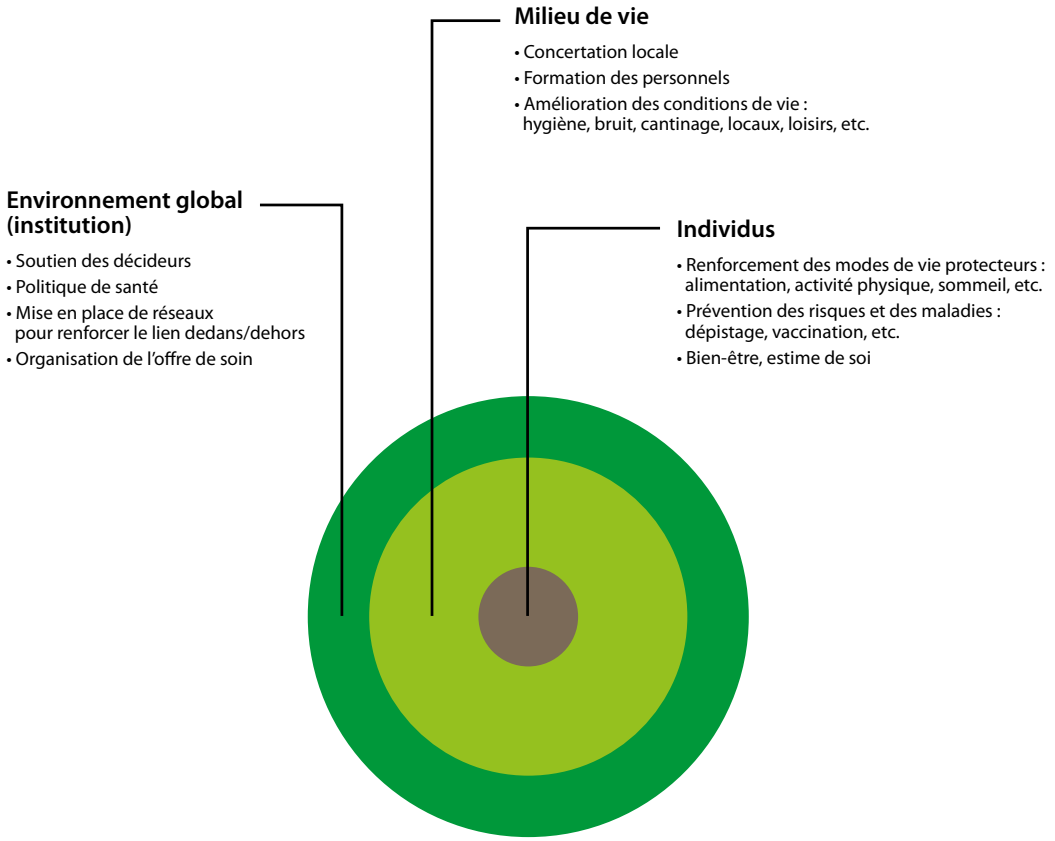
La démarche de promotion de la santé et d'éducation pour la santé s'intègre dans une approche « *globale* » qui inclut l'environnement des personnes détenues, les conditions de vie dans l'établissement pénitentiaire, et associe l'ensemble des intervenants – personnes détenues comprises (approche globale de la prison, « *whole prison approach* » de l'OMS) – 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). Cette démarche est l'un des outils de réinsertion. Elle suscite l'investissement personnel du patient et sa prise de conscience du goût à prendre soin de soi.

1. F. Bourdillon (sous la dir. de), *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis*, INPES, coll. « Varia », 2009, 192 p., fiche 1, p. 48 (consultable sur www.inpes.sante.fr).

Ces derniers aspects peuvent être traités en commission santé ou lors des réunions du comité de pilotage des actions de prévention et de promotion de la santé de l'établissement pénitentiaire.

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, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et les services éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) lorsque le public concerné est mineur. Pour mener à bien ces actions, un comité de pilotage est mis en place.

LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ SUR LES DÉTERMINANTS[2]



2. *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire : référentiel d'intervention*, INPES, 2014.

2 - OBJECTIFS

Mettre en œuvre des actions de promotion de la santé dans un établissement pénitentiaire permet de :

- donner aux personnes détenues les moyens de faire des choix favorables à leur santé :
  - par la transmission d'informations et l'acquisition de compétences,
  - à partir d'actions de promotion et d'éducation à la santé adaptées :
    - aux besoins en santé de la personne,
    - au contexte de l'établissement ;
- 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 ;
- fédérer l'ensemble des acteurs, y compris les personnes détenues, autour d'un projet commun en favorisant transversalité et concertation selon les axes de la promotion de la santé ;
- agir sur les conditions de vie et les déterminants environnementaux pour des bénéfices collectifs et pérennes.

FICHE 2

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ÉDUCATION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

1 - LE COMITÉ DE PILOTAGE

1-A. MISSIONS

Le comité de pilotage a pour mission **d'élaborer, ou de valider, le programme annuel ou de préférence pluriannuel d'actions de promotion de la santé**. Pour cela, il :

- définit des priorités au regard des besoins et des demandes 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 des changements nécessaires, le cas échéant.

Il se réunit au minimum une fois par an.

En pratique, le comité de pilotage définit le programme dans une approche globale de promotion de la santé. Il s'appuie sur une équipe projet chargée d'élaborer, de suivre, d'accompagner et d'évaluer le programme d'actions.

1-B. COMPOSITION

Le comité de pilotage est présidé par le directeur d'établissement de santé ou son représentant[3]. Le médecin coordonnateur de l'USMP et/ou le cadre de santé coordonnent le comité de pilotage. Sa composition doit être la plus représentative possible des intervenants dans l'établissement.

Les membres suivants peuvent y participer :
- médecin responsable du dispositif de soins somatiques de l'USMP et cadre de santé ;
- médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques de l'USMP et cadre de santé ;
- personnels soignants de l'USMP (dispositif des soins somatiques et dispositif des soins psychiatriques) ;
- 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, CeGIDD[4], associations, etc.) ;
- une personne détenue représentant les usagers de l'établissement.

L'agence régionale de santé (ARS), la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) et la direction interrégionale de la PJJ (DIRPJJ) peuvent être invités si besoin.

1-C. PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le programme de promotion de la santé est l'ensemble des actions coordonnées identifiées et retenues après état des lieux des besoins. Son objectif est de toucher un public large, certaines actions pouvant néanmoins cibler des besoins spécifiques.

Il s'inscrit par ailleurs dans les projets régionaux de santé (PRS) élaborés par les ARS, dont les schémas régionaux et les plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) font partie. Il 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 (notamment à travers le Fonds d'intervention régional).

Il fait l'objet d'une évaluation annuelle. Les résultats sont présentés dans le cadre du comité de pilotage et permettent d'orienter les actions.

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 et l'administration pénitentiaire.

3. Art. R. 6112-20 du CSP.
4. 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), CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic VIH/Sida, hépatites virales B & C et autres IST [infections sexuellement transmissibles]).

État des lieux des besoins, réalisé à partir de plusieurs sources de données. En particulier :

- données épidémiologiques sur l'état de santé des personnes détenues dans l'établissement ;
- demandes exprimées par les personnes détenues, soit spontanément au personnel soignant, au personnel pénitentiaire ou à tout intervenant dans l'établissement pénitentiaire, soit organisées (questionnaires, focus groupes, groupes de paroles, etc.) ;
- problématiques remontées par des acteurs soignants et non soignants (SPIP, éducateurs PJJ, intervenants associatifs...).

FICHE 3

ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ

1 - LES ACTIONS SUR LES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS

Ce sont les actions d'éducation à la santé qui sont, en règle générale, des actions collectives qui s'adressent, de manière adaptée (âge, sexe, maîtrise de la langue, etc.), à des groupes restreints de personnes.

Contenu des actions :

- groupes de parole, d'ateliers d'expression se réunissant sur plusieurs sessions ou ponctuellement, à thématique spécifique ou non ;
- séances d'information suivies d'échanges (avec interventions « d'experts » et/ou de « témoins ») ;
- construction de supports d'information donnant l'occasion d'un échange ;
- actions ponctuelles, telles que l'organisation d'événements à l'occasion de journées nationales ou mondiales (virus de l'immunodéficience humaine [VIH], tuberculose, tabac, hépatites), semaine internationale de la santé mentale, semaine de la vaccination, par exemple.

2 - LES ACTIONS SUR LES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

Ce sont des actions portant sur l'organisation de l'établissement ayant un impact sur la santé. Elles trouvent dans ce contexte toute leur place en termes de stratégie de promotion de la santé. Ces actions doivent donc faire l'objet d'une réflexion préalable au sein de l'établissement.

2-A. QUELQUES EXEMPLES D'ACTIONS

- actions relatives aux processus : mise en place d'un comité de pilotage, d'une équipe projet, signature d'une convention, modification d'un règlement intérieur, de règles de fonctionnement, etc. ;
- actions relatives à la formation : auprès des personnels et des publics ;
- actions relatives à l'organisation : changement d'attribution d'un local, modification de planning, mutualisation des ressources, autorisation d'accès, rénovation, achat/location de biens et matériels (définition et aménagement d'espaces fumeurs/non-fumeurs) ;
- actions relatives à des interventions : tenue d'un focus groupe, mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles, séance d'éducation à la santé, audit, campagne de communication, etc. ;
- actions relatives à des activités, création d'outils, réalisation d'une enquête, événementiel, etc. ;
- actions relatives à l'évaluation : prestataire externe, restitution ;

- 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 de l'établissement.

2-B. CHOIX DES INTERVENANTS

Les intervenants peuvent être :

- internes (personnels de soins de l'USMP, CSAPA référent[5], personnels pénitentiaires, SPIP, PJJ, Éducation nationale, éducateurs…). Dans les établissements accueillant des mineurs, les éducateurs et les personnels infirmiers des DIRPJJ ;
- externes (personnels de santé extérieurs hospitaliers ou libéraux, associations de thématiques diverses, IREPS/CODES, etc.). Les associations peuvent intervenir dans le cadre de conventions cadres nationales ou locales. La formalisation d'une convention ou d'une charte de partenariat avec l'établissement – soit au niveau de l'établissement de santé, soit au niveau de l'établissement pénitentiaire, soit de manière tripartite – est un facteur facilitant la cohérence et la pérennisation des actions.

Il revient dans ce cas au comité de pilotage de valider ces choix dans le cadre du programme d'actions.

2-C. 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, etc.

Des enquêtes peuvent être conduites auprès des personnes détenues, afin d'évaluer leur satisfaction et l'acquisition des connaissances, mais également auprès des intervenants. L'évaluation doit être pensée dès le début de l'action. Des ressources sont disponibles dans le référentiel d'intervention publié par l'INPES/Santé publique France en 2014.

5. Instruction DSG/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

FICHE 4

APPUI AUX ACTIONS ÉDUCATION/PROMOTION DE LA SANTÉ

1 - MODALITÉS DE FINANCEMENT

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des USMP. 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[6].

Les actions de promotion et d'éducation pour la santé sont financées par des crédits du **fonds d'intervention régional des ARS**[7], 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 DISP** qui peuvent participer au financement d'actions au travers d'appels à projets et/ou répondre à des appels à projets en lien avec les ARS ;
- **des crédits de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)**, au travers d'appels à projets. Il s'agit de crédits départementaux gérés par les préfectures ou de crédits nationaux issus du fonds de concours. Ces derniers varient d'une année sur l'autre ;
- **des structures nationales**, dans le cadre d'appels à projets, comme Santé publique France ou le secteur associatif ;
- **des conseils départementaux** 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 ;
- **des fondations** (ex : Fondation de France).

6. Source : état des lieux INPES, 2012.
7. Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des ARS.

2 - MODALITÉS D'OBTENTION DE FINANCEMENT

L'ARS informe des appels à projets les directions des établissements de santé concernés, ainsi que la DISP. Les actions du programme (celui-ci ayant été validé préalablement) font l'objet d'une convention de financement entre l'ARS et le promoteur du projet (établissement hospitalier, associations, etc.).

Le comité de pilotage (COPIL) est informé des crédits attribués à certaines actions (ces crédits sont fléchés).

3 - APPUI TECHNIQUE ET OUTILS : L'IMPLICATION DE L'ANSP DANS LE MILIEU PÉNITENTIAIRE

Depuis sa création le 1er mai 2016, Santé publique France est la nouvelle ANSP. Créée par la loi n° 2016-41 « modernisation du système de santé », Santé publique France regroupe l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), ainsi que le groupement d'intérêt public ADALIS (Addictions, drogues, alcool info service).

L'agence intervient dans les champs de la veille et de la surveillance, de la prévention, de la promotion de la santé et pour la réponse aux alertes sanitaires. Elle répond ainsi au besoin de créer, en France, un centre de référence en santé publique, assurant une continuité, de la connaissance à l'intervention. Elle vise à anticiper, à comprendre et à agir, pour la santé de tous.

Santé publique France met à disposition des personnes intéressées par la promotion de la santé en milieu carcéral :

- un référentiel d'intervention pour aider à la mise en place de programmes de promotion de la santé ;
- un espace thématique « santé en milieu pénitentiaire » sur son site internet. L'internaute y trouvera un ensemble de ressources utiles pour l'éducation et la promotion de la santé et des outils de prévention à l'adresse de ces publics. Il comprend une sélection de documents de référence et d'outils élaborés par l'agence, qui peuvent être utiles à tous les acteurs concernés dans ce champ (professionnels de la santé et de la justice, institutions, associations, proches, etc.). Afin d'accompagner le développement de la démarche dans les établissements, l'INPES a lancé en 2014 un appel à projets pour soutenir des projets pilotes de promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Les programmes ainsi sélectionnés figurent également sur le site (http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/sante-penitentiaire/index.asp).

Livre 7

DROITS SOCIAUX ET FINANCEMENTS DES SOINS

CAHIER 1 ▸ **LA PROTECTION SOCIALE** P. 363 > 407

CHAPITRE 1 – Ouverture du droit

CHAPITRE 2 – Contenu de la prise en charge

OUTILS ANNEXES AU CAHIER SUR LA PROTECTION SOCIALE

CAHIER 2 ▸ **LES MODALITÉS FINANCIÈRES DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES ÉCROUÉES** P. 409 > 421

CAHIER 1

LA PROTECTION SOCIALE

P. 363 > 407

Ce chapitre fera l'objet d'une actualisation en 2018 et intégrera notamment la mise en place du Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE), prévu à l'arrêté du 10 août 2017 modifiant l'arrêté du 6 mars 1995, dont le calendrier régional de déploiement est en cours de transmission par l'assurance maladie.

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 écrouées et organisent leur affiliation aux assurances maladie et maternité du régime général. Les modalités d'affiliation des personnes écrouées au régime général sont également définies à l'article D. 366 du Code de procédure pénale (CPP).

On entend par « personne écrouée » toute personne placée en détention provisoire, ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire, ou 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. Dans le CSS, cette définition générique correspond aux termes « personne détenue » ou « détenus ».

Cette partie du guide définit ainsi le champ d'application du régime général d'assurance maladie-maternité et risques professionnels, ainsi que les modalités d'accès au droit et aux soins pour ces différentes catégories de personnes écrouées.

Les procédures de mise en œuvre de ces dispositions font l'objet de conventions tripartites (caisse d'assurance maladie, établissement pénitentiaire et service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de son ressort géographique ainsi que les établissements de santé de rattachement), dont le contenu doit être parfaitement conforme à celui fixé par la convention cadre figurant en annexe du présent guide.

Dans ce cahier, les unités de soins désignent l'ensemble des unités dans lesquelles les personnes détenues reçoivent des soins : les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)/services médico-psychologiques régionaux (SMPR), les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et les chambres sécurisées en établissement de santé.

CHAPITRE 1

OUVERTURE DU DROIT

L'affiliation au régime général d'assurance maladie-maternité des personnes écrouées est obligatoire et prend effet à la date d'incarcération[1], entendue comme la date de mise sous écrou.

Sont donc affiliées au régime général toutes les personnes écrouées :
- quelle que soit leur situation au regard de l'assurance maladie dont elles relevaient 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 ;
- qu'elles soient incarcérées ou qu'elles bénéficient d'un aménagement de peine (permission de sortir, semi-liberté, placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique) ;

à l'exception des personnes écrouées en aménagement de peine exerçant une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, qui sont affiliées au régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité (cf. Fiche 4, paragraphe 3).

Le régime général leur ouvre le droit à la prise en charge des frais de santé des assurances maladie et maternité, c'est-à-dire au remboursement des soins (consultations, médicaments, examens de laboratoire, etc.) et à la prise en charge des frais liés à l'accouchement (qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine 12 jours après celui-ci).

La caisse d'assurance maladie compétente est celle dans le ressort de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire où est écrouée la personne. 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, la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire où est écrouée la personne est considérée comme étant la caisse de résidence de l'intéressé[2].

1. Art. L. 381-30 et R. 381-97 du CSS et D. 366 du CPP.
2. Art. R. 312-1 et R. 381-97 du CSS.

FICHE 1
MODALITÉS D'AFFILIATION

Réalisation du dossier par l'établissement pénitentiaire

Le chef de l'établissement pénitentiaire transmet à la caisse, pour l'ensemble des personnes écrouées, une fiche « navette », établie notamment à partir des éléments d'état civil de la fiche pénale et dont le modèle figure en annexe. Cette fiche comporte les éléments relatifs à la situation administrative de la personne écrouée.

Afin de faciliter son affiliation et d'en optimiser les délais, la personne écrouée est en même temps invitée à compléter une fiche de renseignements relative à ses droits sociaux (informations sur l'éventuelle possession d'une carte Vitale, droits préexistants à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), bénéfice d'une pension d'invalidité, reconnaissance d'une ou plusieurs affections longue durée (ALD), etc.), dont le modèle est également annexé au présent guide.

La transmission de ces informations (fiche « navette » et fiche relative aux droits sociaux signée de la personne écrouée) doit être réalisée 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.

Cas particuliers

- Personnes écrouées 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. Elles le feront parvenir à la caisse dans les meilleurs délais.

Il en est de même pendant toute la durée de leur détention pendant laquelle 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, en 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. C'est pourquoi, il est important que la fiche « navette » ainsi que la fiche de renseignements relative aux droits sociaux soient systématiquement complétées, et le plus rapidement possible, de sorte que la caisse du département dans lequel 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.

Procédure d'affiliation au régime général par la caisse

Pour affilier la personne écrouée, la caisse dont dépend l'établissement pénitentiaire reprend les éléments de la fiche « navette », et ceux figurant, le cas échéant, sur la fiche relative aux droits sociaux de la personne, ainsi que les renseignements fournis par la caisse cédante du régime général ou d'un autre régime.

Sur la base de ces éléments, la caisse affilie la personne écrouée et en informe le directeur de l'établissement pénitentiaire, *via* le greffe, dans un délai de cinq à dix jours ouvrés maximum. D'éventuels compléments d'informations pourront être apportés ultérieurement. Le greffe transmet ensuite l'information à l'ensemble des unités de soins.

Les droits au régime général de la personne écrouée seront alors reportés dans la carte Vitale de l'intéressé à l'occasion de sa mise à jour. Une attestation de droits sera établie et retournée à l'assuré détenu.

Dans le cas où l'existence d'une affection de longue durée est connue, les formulaires autorisant le transfert du protocole (cf. annexe) seront également adressés aux personnes écrouées.

Les cartes Vitales et/ou attestations papier des personnes écrouées sont conservées au greffe et devront être remises à l'occasion de toute permission de sortir.

Cas particuliers des assurés non immatriculés

- La personne n'est pas immatriculée au moment de la mise sous écrou :
Elle se voit alors attribuer un numéro d'identification provisoire.

- La personne écrouée ne communique pas sa véritable identité :
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 provisoire pendant toute la durée de sa détention.

- La personne écrouée est un ressortissant étranger en situation irrégulière :
Elle se voit alors attribuer un numéro d'identification provisoire.

Dans les cas où la personne écrouée est affiliée avec un numéro d'identification provisoire, aucune carte Vitale ne peut être délivrée. Une attestation de droits papier est obligatoirement établie pour l'intéressé.

Enfin, un échange d'informations doit être réalisé régulièrement, conformément aux procédures déterminées dans la convention cadre figurant en annexe et définissant les relations entre les organismes d'assurance maladie et les établissements pénitentiaires.

Information de la personne sur ses droits sociaux

Les caisses doivent informer les personnes incarcérées de leurs droits sociaux selon les modalités de leur choix définies à l'article 4 de la convention cadre tripartite, en privilégiant, en fonction des moyens dont elles disposent, l'organisation de permanences régulières au sein de l'établissement pénitentiaire.

FICHE 2

CHANGEMENT DE SITUATION DE LA PERSONNE ÉCROUÉE

La personne étant affiliée, le temps de sa mise sous écrou, auprès de la caisse dans le ressort de laquelle est situé son établissement pénitentiaire de rattachement, deux catégories de changement de situation doivent être communiquées à l'assurance maladie :

- les situations impactant l'affiliation : levée d'écrou pour libération, suspension de peine ou libération conditionnelle ; 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 ;
- les situations modifiant la caisse d'affiliation : placement en centre national d'évaluation (CNE) ou transfert d'établissement pénitentiaire en dehors de la circonscription de la caisse pour une durée supérieure à 40 jours ouvrés ; hospitalisation dans un établissement de santé situé en dehors de la circonscription de la caisse pour une durée supérieure à 40 jours ouvrés ; aménagement de peine (placement à l'extérieur ou semi-liberté ou placement sous surveillance électronique) dès lors qu'il conduit au rattachement de la personne écrouée à un établissement pénitentiaire situé dans le ressort géographique d'une autre caisse.

1 - MODALITÉS D'INFORMATION DE LA CAISSE D'AFFILIATION EN CAS DE LEVÉE D'ÉCROU POUR LIBÉRATION, SUSPENSION DE PEINE OU LIBÉRATION CONDITIONNELLE OU EN CAS D'AMÉNAGEMENT DE PEINE

La caisse d'affiliation doit être informée dans les cinq jours ouvrés de la survenance des événements suivants :

Levée d'écrou

N'étant plus placé sous écrou, l'intéressé n'est plus affilié au régime général au titre de sa détention (cf. Fiche 6 – « Protection sociale de la personne écrouée à sa libération »). La prise en charge de ses frais de santé est alors assurée soit par le régime dont il relevait avant sa détention s'il n'exerce pas d'activité professionnelle, soit par le régime général s'il n'a jamais exercé d'activité professionnelle, soit par le régime auquel il est affilié pour le service des prestations d'assurance sociale au titre de son activité professionnelle, s'il en exerce une[3].

3. Art. D. 160-14 1° et 4° du CSS.

C'est pourquoi la caisse d'affiliation de la personne écrouée doit être informée de la levée d'écrou, à l'aide de la fiche « navette », lors de la libération pour fin de peine, pour libération conditionnelle ou suspension de peine.

Aménagements de peine sans levée d'écrou

Dans le cas des aménagements de peine prévus aux articles 723 et 723-7 du CPP (placement à l'extérieur, semi-liberté, ou placement sous surveillance électronique), la caisse d'affiliation peut être différente si la personne change, de ce fait, de lieu d'écrou. La fiche « navette » doit alors être transmise à la nouvelle caisse d'affiliation.

En outre, si à cette occasion la personne écrouée vient à exercer une activité professionnelle dans les conditions de droit commun, la caisse compétente doit en être informée et procédera, le cas échéant, à son affiliation en qualité d'actif sur la base des documents nécessaires (contrat de travail, convention de stage professionnel, etc.). La carte Vitale devra être mise à jour en conséquence.

2 - MODALITÉS DE SUIVI DES DOSSIERS EN CAS DE TRANSFERT D'ÉTABLISSEMENT OU D'HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

En cas de changement de département de la personne écrouée en lien avec un transfert d'établissement, de placement en CNE ou d'hospitalisation dans un établissement de santé, l'affiliation à la caisse d'origine est maintenue tant que la durée de l'événement ne dépasse pas quarante jours ouvrés.

Au-delà de ce délai, la caisse d'affiliation de la personne écrouée est celle du ressort dans laquelle est situé le nouvel établissement pénitentiaire. Celui-ci informe alors la nouvelle caisse d'affiliation du transfert, dans un délai de cinq jours ouvrés.

Ainsi, à l'exception du cas où le changement de lieu d'écrou revêt immédiatement un caractère « pérenne », les établissements pénitentiaires ne signalent pas les transferts ou les hospitalisations entraînant un changement d'organisme d'affiliation aux caisses prenantes avant expiration du délai de quarante jours ouvrés.

IMPORTANT

Les règles concernant la caisse compétente pour le paiement des factures sont les suivantes :

- actes et consultations dispensés au sein de l'établissement de santé : caisse d'affiliation à la date des soins ;
- séjours hospitaliers : caisse d'affiliation à la date de la sortie de l'établissement de santé.

C'est pourquoi, il est important que l'établissement de santé vérifie systématiquement les droits de l'assuré, conformément aux dispositions définies par le paragraphe « Gestion des droits » de l'article 3 de la convention tripartite (cf. annexe).

CHAPITRE 2

CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE

FICHE 1

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ EN CAS DE MALADIE OU DE MATERNITÉ PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL

Qu'elles aient été ou non en situation régulière préalablement à leur incarcération, les personnes écrouées ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé par le régime général[1] (remboursement des soins : consultations, examens de biologie, etc.) en cas de maladie ou de maternité.

Le ticket modérateur[2] et le forfait journalier hospitalier dus par les personnes écrouées sont pris en charge par l'administration pénitentiaire[3]. Il existe cependant des situations où le ticket modérateur n'est pas à la charge de l'administration pénitentiaire.

1 - EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR

S'agissant de la prise en charge des frais de santé, la participation de la personne écrouée peut, comme pour tout assuré social, être réduite ou supprimée dans certains cas[4]. Dans ces situations définies par des dispositions précises du CSS, la participation de l'administration pénitentiaire est, de ce fait, limitée ou supprimée.

1-A. PERSONNES RECONNUES ATTEINTES D'UNE ALD AVANT OU PENDANT L'INCARCÉRATION

Lorsque le bénéficiaire est reconnu atteint de l'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, inscrite sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité de santé (HAS)[5], 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

1. Art L. 381-30-1 du CSS.
2. Participation de l'assuré mentionnée au I de l'art. L. 160-13 du CSS.
3. Art. L. 381-30-5 du CSS.
4. Art. L. 160-14 du CSS.
5. Art. L. 160-14 3°, R. 160-12, D. 160-4 et L. 160-14 4° du CSS et décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011.

un médecin de l'unité de soins pendant sa détention, et sous réserve que la personne se soumette aux éventuels contrôles du service du contrôle médical[6].

1-B. 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[7]. À ce titre, le ticket modérateur est pris en charge par le régime général d'assurance maladie[8].

De même, si le titulaire d'une pension d'invalidité percevait l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) avant sa détention, il continue de la percevoir aussi longtemps qu'il en remplit les conditions d'attribution[9].

Si le bénéficiaire remplit les conditions en cours de mise sous écrou, il peut bénéficier de l'ASI.

L'appréciation des ressources se fait dans les conditions de droit commun, l'hébergement et la nourriture en établissement pénitentiaire étant considérés comme des avantages en nature.

1-C. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ EN CAS DE MATERNITÉ

Dès l'envoi de la déclaration de grossesse, l'assurance maternité prend en charge intégralement les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse définis par le Code de la santé publique[10]. À compter du premier jour du 6e mois, et jusqu'au 12e jour après l'accouchement, elle prend en charge à 100 % toutes les prestations remboursées par l'assurance maladie[11].

Les prestations suivantes sont également prises en charge par l'assurance maternité[12] :
- 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 (IVG) 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.

Établissement de la déclaration de grossesse

La grossesse doit être déclarée le plus tôt possible.

6. Art. L. 324-1 du CSS.
7. Art. L. 381-30-1 3e alinéa du CSS.
8. Art. L. 160-14 13° et R. 160-10 du CSS.
9. Art. L. 815-11 et R. 815-42 du CSS.
10. Art. L. 2122-1 et suivants du CSP.
11. Art. L. 160-9 et D. 160-3 du CSS.
12. Arrêté du 23/12/2004.

Il existe deux cas de figure :
- la maternité a été déclarée avant l'incarcération : la personne écrouée 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 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.

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.

Le certificat d'accouchement est réalisé par l'établissement de santé dans lequel la femme détenue a accouché.

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.

Différentes situations peuvent se présenter, à savoir :

L'enfant reste avec sa mère pendant les 18 premiers mois :
L'assurée doit transmettre l'acte de naissance de son enfant à la caisse dont elle dépend depuis son incarcération. Il sera ainsi rattaché à cette caisse et une attestation de droits lui sera alors délivrée.

Dans le cas où la personne était en situation irrégulière avant sa détention, l'enfant est affilié sous son propre numéro d'identification au répertoire (NIR) au titre de l'aide médicale d'État (AME). Il obtient des droits pour un an (renouvelable), avec envoi d'une carte AME (dispensée de photo).

Dans tous les cas, au terme des dix-huit 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.

Le ticket modérateur relatif aux soins dispensés à l'enfant n'incombe pas à l'administration pénitentiaire, même durant la période où l'enfant réside dans l'établissement pénitentiaire.

Il est, selon le cas, pris en charge par :
- l'assurance maternité (examens obligatoires jusqu'au 6e anniversaire de l'enfant)[13] ;

13. Art. R. 2132-1 du CSP.

- l'assurance maladie en cas d'hospitalisation durant les 30 premiers jours du nourrisson[14] ;
- l'AME, si l'enfant y a été affilié[15] ;
- la complémentaire santé de la mère (CMU-C, complémentaire financée partiellement par l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) 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 (l'enfant sera enregistré comme son ayant droit) ;
- 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 alors 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'ASE ou à un tiers

La caisse d'affiliation compétente devient alors la caisse du lieu de placement de l'enfant. Il appartient à la personne qui a la charge de l'enfant (ASE ou tiers) de procéder aux démarches de rattachement.

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'ASE[16].

2 - DROIT À L'ASSURANCE DÉCÈS DU RÉGIME GÉNÉRAL

Le décès des personnes écrouées peut, sous réserve des conditions de droit commun, donner lieu au versement du capital décès[17] à certains membres de la famille.

3 - LA COUVERTURE ACCIDENT DU TRAVAIL – MALADIE PROFESSIONNELLE[18]

3-A. RECONNAISSANCE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE AVANT L'INCARCÉRATION

Les personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé (remboursement des soins : consultations, examens de biologie, etc.) au titre de l'assurance « accident du travail – maladies professionnelles » (AT-MP), continuent d'en bénéficier pendant leur incarcération jusqu'à la date de guérison ou de consolidation, ainsi qu'en cas de rechute, sous réserve de respecter les obligations auxquelles les victimes sont soumises[19].

14. Art. L. 160-14 11° et R. 160-17 du CSS.
15. Art. L. 251-1 et L. 251-2 du Code de l'action sociale et des familles.
16. Art. L. 222-6 du Code de l'action sociale et des familles.
17. Art. L. 381-30-1 3e alinéa, L. 361-1 à L. 361-4 et R. 361-2 à R. 361-5 du CSS.
18. Art. L. 431-1 du CSS.
19. Art. L. 412-8 5° et L. 442-5 du CSS.

De même, le service d'une rente d'incapacité permanente, allouée avant le placement sous écrou de l'intéressé, se poursuit pendant l'incarcération.

3-B. ACCIDENTS DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE SURVENANT PENDANT LA DÉTENTION

Les personnes détenues exécutant un travail pénitentiaire bénéficient, à l'instar des condamnés exécutant un travail d'intérêt général ou des personnes effectuant un travail non rémunéré dans le cadre d'une composition pénale, de la prise en charge de leurs frais de santé au titre de l'assurance AT-MP, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de ce travail[20].

Ces dispositions sont également applicables aux accidents survenus au cours des déplacements accomplis par la personne détenue, conformément aux règlements pénitentiaires, pour se rendre sur son lieu de travail[21].

Le médecin de l'unité de soins établit le certificat médical initial nécessaire à la déclaration d'accident du travail, dans les conditions de droit commun.

Une rente d'incapacité permanente peut être allouée, le cas échéant. Les arrérages de cette rente sont alors versés par la CPAM à l'établissement pénitentiaire du détenu[22].

À compter de sa libération, qu'elle soit conditionnelle ou définitive, la caisse primaire pourra servir directement au détenu les arrérages auxquels il a droit.

3-C. DROIT AUX INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les indemnités journalières ne sont pas dues pendant la détention, ni lorsqu'elles sont en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle antérieurs à la détention, ni lorsqu'elles sont en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant eu lieu pendant la détention.

Cependant, lorsque la victime d'un accident du travail ou une maladie professionnelle est libérée avant sa guérison ou sa consolidation, elle a droit à l'indemnité journalière, à compter du jour de sa libération conditionnelle ou définitive. Néanmoins, l'indemnité journalière sera suspendue si la victime est écrouée à nouveau, pour quelque cause que ce soit, dans un établissement pénitentiaire[23].

Il doit enfin être précisé qu'aucune avance ne peut être accordée à la personne détenue pendant la durée de son incarcération.

20. Art. L. 412-8 5° du CSS.
21. Art. D. 412-37 du CSS.
22. Art. D. 412-66 du CSS.
23. Art. D. 412-62 du CSS.

Par ailleurs, les ayants droit d'une personne détenue victime d'un accident mortel, ont la possibilité de demander à la caisse que leur soit attribuée une allocation provisionnelle, dans les conditions prévues par l'article R. 434-18 du CSS.

Les personnes écrouées bénéficiant d'un aménagement de peine et exerçant, dans ce cadre, une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, et suffisante pour leur ouvrir des droits à ce titre, peuvent percevoir des indemnités journalières. Celles-ci sont alors intégralement versées sur leur pécule disponible[24].

4 - ORGANISME COMPÉTENT À LA LIBÉRATION DE LA PERSONNE ÉCROUÉE

La charge des prestations et des indemnités afférentes à la période d'incapacité temporaire, postérieure à la libération d'une personne écrouée lorsque celle-ci intervient au cours d'une rechute, incombe à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend l'établissement pénitentiaire où la victime est, ou était, détenue en dernier lieu. Ce quel que soit le lieu effectif du travail ayant occasionné l'accident[25].

24. Art. D. 412-61 du CSS.
25. Art. D. 412-38 du CSS.

FICHE 2

MODALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES INCARCÉRÉES

1 - PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Les personnes incarcérées, n'ayant pas le choix de leur médecin, ne sont de ce fait pas soumises au parcours de soins coordonnés 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.

2 - DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS

Les soins dispensés dans un établissement pénitentiaire, en application d'un protocole conclu avec un établissement de santé, ainsi que les soins dispensés en milieu hospitalier, sont pris en charge par l'assurance maladie pour la part qui la concerne[26].

Le ticket modérateur, sauf cas d'exonération, et, le cas échéant, le forfait journalier hospitalier sont pris en charge par l'administration pénitentiaire.

Pour les soins dispensés en unités sanitaires ou en établissement de santé, les personnes incarcérées n'avancent aucun de ces frais.

À compter du 1er janvier 2016[27], les personnes incarcérées en permission de sortir bénéficient également d'une dispense d'avance de frais pour les soins de ville ou hospitaliers, sur présentation de leur carte Vitale mise à jour ou de leur attestation de droits.

26. Art. R. 6112-16 du CSP.
27. En application de l'art. 64 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 et de l'art. 46 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la Sécurité sociale pour 2015.

En effet, les caisses d'assurance maladie assurent désormais l'avance des frais de santé, pour la part obligatoire prise en charge par le régime général ainsi que pour la part complémentaire due par l'État. Cette part complémentaire fera l'objet, dans un second temps, d'un remboursement par l'administration pénitentiaire à l'assurance maladie.

FICHE 3

LE RÔLE DES MÉDECINS DE L'UNITÉ DE SOINS EN CAS DE RECONNAISSANCE D'ALD

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.

1 - 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 qui a pu être signalée par l'intéressé au moyen de la fiche de renseignements relative aux droits sociaux doit être confirmée par la caisse cédante. L'information de la prise en charge à 100 % à ce titre figure en outre dans la carte Vitale ou sur l'attestation papier.

Le protocole de soins est transféré au service du contrôle médical placé près de la nouvelle caisse d'affiliation, après accord du patient formalisé sur la partie *ad hoc* de la fiche relative aux droits sociaux (cf. annexe).

Afin d'avoir communication du protocole de soins de l'intéressé, le médecin de l'unité sanitaire doit se mettre en rapport, après accord écrit du patient, avec le médecin désigné par celui-ci (prioritairement son médecin traitant ou le médecin-conseil compétent).

2 - AFFECTION DE LONGUE DURÉE RECONNUE PENDANT L'INCARCÉRATION

Lorsque le médecin de l'unité de soins 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[28] 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 déclaré par l'intéressé.

Il est donc primordial que le médecin de l'unité de soins 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 de soins qui en informe le bénéficiaire.

Important : ce protocole de soins, établi au sein de l'unité de soins, a la même durée de validité que celle de droit commun. La personne écrouée est soumise aux mêmes obligations que tout patient reconnu atteint d'une ALD.

28. Art. L. 160-14 3°, R. 160-12, D. 160-4 et L. 160-14 4° du CSS et décret n° 2011-77 du 19/01/2011.

FICHE 4

MODALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS DE VILLE

DES PERSONNES EN PERMISSION DE SORTIR, EN SEMI-LIBERTÉ, EN PLACEMENT À L'EXTÉRIEUR OU PLACÉES SOUS SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE

Toute personne en permission de sortir ou en aménagement de peine bénéficie d'un accès aux soins de ville (cf. tableau de synthèse – « Protection sociale des personnes condamnées en aménagement de peine, en permission de sortir » en annexe).

Les unités de soins des établissements pénitentiaires ne sont pas impliquées dans ces prises en charge effectuées à l'extérieur du milieu carcéral.

La personne écrouée doit disposer de sa carte Vitale mise à jour et de l'attestation papier.

1 - CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT POUR LES PERSONNES EN AMÉNAGEMENT DE PEINE SOUS ÉCROU

La personne doit faire le choix d'un médecin traitant selon les règles établies[29]. Les intéressés doivent donc être informés de cette obligation avant leur aménagement de peine s'ils étaient préalablement incarcérés. Ils doivent également être sensibilisés au respect du parcours de soins selon les règles du droit commun.

29. Art. L. 162-5-3 du CSS.

2 - PERSONNES EN AMÉNAGEMENT DE PEINE N'EXERÇANT PAS D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DANS LES MÊMES CONDITIONS QUE LES TRAVAILLEURS LIBRES

À compter du 1er janvier 2016[30], ces personnes bénéficient d'une dispense d'avance des frais de santé sur présentation de leur carte Vitale mise à jour ou de leur attestation de droits.

En effet, les caisses d'assurance maladie assurent désormais l'avance des frais de santé, pour la part obligatoire prise en charge par le régime général ainsi que pour la part complémentaire due par l'État. Cette part complémentaire fera l'objet, dans un second temps, d'un remboursement par l'administration pénitentiaire à l'assurance maladie.

En outre, depuis janvier 2013, les médecins consultés, quel que soit leur secteur conventionnel, ne peuvent pratiquer de dépassement d'honoraires à l'encontre de ces patients[31].

3 - PERSONNES EN AMÉNAGEMENT DE PEINE EXERÇANT UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DANS LES MÊMES CONDITIONS QUE LES TRAVAILLEURS LIBRES

Les personnes bénéficiant d'une mesure de semi-liberté, de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du CPP ou placées sous surveillance électronique en application de l'article L. 723-7 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 activité[32].

À ce titre, elles peuvent bénéficier non seulement de la prise en charge de leurs frais de santé par ce régime (régime général ou autre régime obligatoire) mais également des prestations en espèces telles que les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie. 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 coordonnés, etc.).

Cas des personnes en semi-liberté ou en placement à l'extérieur ou placées sous surveillance électronique relevant d'une hospitalisation psychiatrique

L'article D. 50 du CPP prévoit que les personnes hébergées par l'établissement pénitentiaire de façon continue ou discontinue (aménagement de peine) 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.

30. En application de l'art. 64 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 et de l'art. 46 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la Sécurité sociale pour 2015.
31. Art. L. 162-5-13 I bis du CSS.
32. Art. L. 381-30 du CSS.

FICHE 5
COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

L'administration pénitentiaire prend en charge le ticket modérateur[33] et le forfait journalier hospitalier pour la personne écrouée[34]. Qu'elle soit incarcérée ou en aménagement de peine, celle-ci peut avoir une protection complémentaire, pendant sa détention, afin de couvrir les dépenses qui ne sont prises en charge ni par l'assurance maladie ni par l'administration pénitentiaire, comme notamment les frais d'optique et de prothèses dentaires.

En cas de faibles ressources, cette complémentaire peut être gratuite (CMU-C) ou son financement peut être partiellement pris en charge (ACS).

Toutefois, une personne écrouée étrangère qui était en situation irrégulière avant sa détention, n'a droit ni à cette complémentaire santé gratuite ni à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Il en est de même pour la personne écrouée dont la condition de régularité de séjour n'est plus remplie au moment du réexamen de son droit à la CMU-C ou à l'ACS.

1 - LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ (CMU-C)[35]

Les personnes écrouées disposant de ressources modestes doivent pouvoir faire valoir leurs droits à la CMU-C, comme le reste de la population, et accéder pleinement au système de santé dans les meilleures conditions, pendant leur détention et après leur libération.

Les services pénitentiaires, en lien avec les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) pour les mineurs, et les caisses, doivent se rapprocher les uns des autres afin d'en organiser au mieux la mise en œuvre.

Le plafond de ressources varie en fonction de la composition du foyer et est revu chaque année.

Le droit à la CMU-C 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 écrouée a besoin de soins urgents, l'ouverture du droit se fait au premier jour du mois de la demande.

Le droit à la CMU-C 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.

33. Participation de l'assuré mentionnée au I de l'art. L. 160-13 du CSS.
34. Art. L. 381-30-5 du CSS.
35. Art. L. 861-1 à L. 861-10 et R. 861-1 à R. 861-18 du CSS.

1-A. CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE

Cette protection complémentaire prend en charge le ticket modérateur[36] et le forfait journalier hospitalier lorsqu'ils ne sont pas déjà pris en charge à un autre titre[37].

Elle prend également en charge 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 arrêtés[38].

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.

1-B. DÉCLENCHEMENT DE LA DEMANDE

Pour que les personnes écrouées puissent exercer leur droit à la CMU-C, les services pénitentiaires demandent à la personne, dès sa mise sous écrou, si elle en est bénéficiaire. L'information est alors communiquée à la caisse du lieu de détention *via* la fiche relative aux droits sociaux.

Afin d'éviter une rupture dans le bénéfice de la CMU-C qui est accordée pour un an, la personne écrouée 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 écrouée n'est pas bénéficiaire de la CMU-C, elle doit être informée qu'elle peut en faire la demande à partir du formulaire « CMU complémentaire et aide au paiement d'une complémentaire santé » qui doit être disponible auprès de l'établissement pénitentiaire.

1-C. ORGANISME SERVANT LA PRESTATION

La CMU-C 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, compagnie d'assurance) participant au dispositif.

1-D. DOCUMENTS NÉCESSAIRES POUR JUSTIFIER DU DROIT À LA CMU-C

La caisse d'affiliation doit remettre une attestation de droit à toute personne écrouée venant à bénéficier de la CMU-C.

36. Participation de l'assuré mentionnée au I de l'art. L. 160-13 du CSS.
37. Art. L. 861-3 et L. 381-30-5 du CSS.
38. Arrêtés des 10 avril, 14 mai 2002 et 30 mai 2006.

2 - AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)[39]

2-A. OBJECTIF ET AVANTAGE DE L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

L'aide au paiement d'une complémentaire santé concerne les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond fixé pour l'attribution de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %. Elle permet de réduire le montant de la cotisation ou de la prime d'un contrat de complémentaire santé.

2-B. RÉALISATION DE LA DEMANDE

Pour effectuer une demande d'aide au paiement d'une complémentaire santé, le demandeur doit remplir le formulaire « CMU-C et aide au paiement d'une complémentaire santé ». C'est le même formulaire qui permet de solliciter la CMU-C. Les pièces justificatives nécessaires doivent être jointes à la demande.

2-C. CONTENU DU DISPOSITIF (TEL QUE MODIFIÉ À COMPTER DU 1ER JUILLET 2015)

Contenu et durée du droit

- Une attestation-chèque (par individu de plus de 16 ans composant le foyer, dont le montant varie en fonction de l'âge) à faire valoir auprès d'un organisme de complémentaire santé proposant un contrat sélectionné dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence et dont la liste est disponible sur le site info-acs.fr.
- 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 coordonnés 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.
- La dispense totale d'avance de frais (tiers payant intégral) sur l'ensemble des soins de ville, à l'exception des frais d'optique et d'audioprothèse, pour les assurés ayant souscrit un contrat sélectionné.
- L'exonération de la participation forfaitaire et de la franchise de 1 €.

39. Art. L. 863-1 à L. 863-7-1 et R. 863-1 à R. 863-16 du CSS.

Montant de la déduction

Le montant de l'aide au paiement d'une complémentaire santé varie selon l'âge du bénéficiaire, apprécié au 1er janvier de l'année en cours au moment de la demande. Il est accordé par individu.

Âge du bénéficiaire au 1er 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	550 €

Chaque bénéficiaire de plus de 16 ans peut choisir individuellement sa complémentaire santé parmi la liste des contrats sélectionnés.

L'assuré 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.

Caractéristiques du contrat ou de l'adhésion

- Le contrat souscrit entre l'organisme complémentaire et l'intéressé doit faire partie des contrats sélectionnés ouvrant droit au bénéfice de la déduction ACS, ces derniers devant, pour cela, répondre aux exigences des contrats responsables (c'est-à-dire, notamment, ne pas rembourser les sommes restant à la charge de l'assuré, au titre de la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés).
- Les contrats ont été sélectionnés sur la base de leur bon rapport qualité-prix.
- Il existe trois types de contrats offrant des garanties prévues par décret.

Important : les contrats en cours au 1er juillet 2015 continuent à ouvrir droit à l'ACS jusqu'à leur terme.

FICHE 6

LA PROTECTION SOCIALE DE LA PERSONNE ÉCROUÉE À SA LIBÉRATION

1 - PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ EN CAS DE MALADIE OU DE MATERNITÉ À LA LIBÉRATION

Au moment de leur libération et à compter du jour de leur sortie de l'établissement pénitentiaire, les personnes écrouées qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie à un autre titre, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie ou de maternité, par les organismes chargés de la gestion du régime obligatoire dont elles relevaient avant leur détention ou, à défaut, du régime général[40].

Pour rappel, la prise en charge par l'administration pénitentiaire du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier prend fin dans tous les cas à la levée d'écrou.

La personne écrouée mineure peut retrouver, à sa libération, sa qualité d'ayant droit. Si elle a atteint l'âge de 16 ans, elle peut demander à bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel[41]. Si elle vient à relever de la PJJ, il appartient au service qui la prend en charge d'examiner avec la caisse compétente, au regard de sa situation et en lien avec les éventuels détenteurs de l'autorité parentale, le régime de couverture sociale le plus adapté.

2 - PERSONNES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Pour les 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 France, il est proposé de remplir une demande d'aide médicale de l'État (AME) et de l'accompagner dans la constitution de son dossier.

40. Art. D. 160-14 1° et 4° du CSS.
41. Art. L. 160-2 du CSS.

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.

Le dossier sera instruit prioritairement, dès lors qu'il contiendra un certificat médical[42] établi par le médecin de l'unité de soins, attestant la nécessité d'une ouverture de droit rapide en raison de l'état de santé.

Le mineur en situation irrégulière bénéficie de l'AME dès sa sortie de prison, et ce sans condition de résidence, même si les détenteurs de l'autorité parentale n'y sont pas éligibles (ne remplissent pas les conditions de stabilité de résidence et/ou de ressources).

3 - LE MAINTIEN DE DROIT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES

La personne écrouée, 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. Ce dans le régime dont elle relevait avant son incarcération[43].

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 mois[44], sous réserve que l'incarcération ait été d'une durée inférieure ou égale à douze mois.

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 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence pour l'ouverture des droits aux prestations[45].

Le dispositif de maintien de droit est également applicable aux personnes bénéficiant d'une suspension de peine ou d'une libération conditionnelle.

4 - CONTINUITÉ DES DROITS

4-A. INFORMATION SUR LA CAISSE COMPÉTENTE

Il appartient à la caisse du lieu de détention d'informer la personne écrouée des démarches à accomplir à sa levée d'écrou pour la mise à jour de son dossier afin d'éviter toute rupture dans la continuité de ses droits.

4-B. TRANSFERT PROTOCOLE ALD

Lorsque la date de sortie du patient détenu est connue, le médecin de l'unité de soins lui remet les pièces du dossier médical nécessaires à la continuité des soins ainsi que les documents afférents au protocole ALD, dont

42. Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011, § 1-1 B.
43. Art. L. 161-13-1 et R. 161-4-1 alinéa 1 du CSS.
44. Art. L. 161-13-1 et R. 161-4-1 alinéa 2 du CSS.
45. Art. R. 313-8 5° du CSS.

les photocopies seront incluses dans son dossier médical. Il sera indiqué au patient de prendre très rapidement contact avec son médecin traitant habituel, auquel il remettra ces informations et en cas d'absence de médecin traitant connu, d'en choisir un, dès sa sortie.

En cas de remise en liberté non programmée, les documents médicaux seront adressés par courrier au patient, sur sa demande, et/ou s'il le souhaite à son médecin traitant.

4-C. CONTINUITÉ CMU-C ET ACS

La CMU-C et l'ACS étant délivrées pour un an, les droits perdurent jusqu'à échéance. La personne écrouée doit être informée des formalités à accomplir pour leur renouvellement.

4-D. ÉLECTION DE DOMICILE

Les personnes détenues, si elles sont sans domicile stable à leur libération, doivent être informées avant leur libération, dans le cadre de la préparation à la sortie, qu'elles doivent élire domicile soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit auprès d'un organisme agréé à cet effet pour pouvoir prétendre au service des prestations sociales légales, réglementaires et conventionnelles (y compris l'AME), à l'exercice des droits civils qui leur sont reconnus par la loi, ainsi qu'à la délivrance d'un titre national d'identité, à l'inscription sur les listes électorales ou à l'aide juridictionnelle[46].

En outre, la loi 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales prévoit, en son article 31, que pour faciliter leurs démarches de préparation à la sortie, les personnes détenues peuvent également élire domicile auprès de l'un des organismes précités, le plus proche du lieu où elles recherchent une activité en vue de leur insertion ou réinsertion, ou le plus proche du lieu d'implantation d'un établissement de santé ou médico-social susceptible de les accueillir.

Dans l'ensemble de ces cas, la personne détenue prochainement libérée devra être informée qu'après cette démarche d'élection de domicile, la caisse compétente sera celle dans le ressort de laquelle est situé le centre communal d'action sociale (CCAS) ou l'organisme agréé.

Il lui reviendra alors d'effectuer les démarches nécessaires auprès de cette caisse.

46. Art. L. 264-1 du Code de l'action sociale et des familles.

OUTILS ANNEXÉS AU CAHIER SUR LA PROTECTION SOCIALE

PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES CONDAMNÉES EN AMÉNAGEMENT DE PEINE, EN PERMISSION DE SORTIR

	Textes applicables (CP, CPP)	Cas	Caisse compétente	Couverture sociale	Textes applicables (CSS)
Libération conditionnelle et libération conditionnelle pour raison médicale	Art. 729, 729-3 et D. 525 du CPP.	Personne détenue ne travaillant pas à l'extérieur.	CPAM du lieu de résidence. *À noter que l'assuré reste affilié à la CPAM du lieu de détention jusqu'à ce qu'il procède à la réalisation des démarches nécessaires au transfert de résidence.*	Prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité par le régime dont elle relevait avant sa détention ou, à défaut, par le régime général.	Art. L. 160-17 et D. 160-14 4° du CSS.
		Personne détenue exerçant une activité professionnelle à l'extérieur.	Caisse du lieu de résidence. *À noter que l'assuré reste affilié à la CPAM du lieu de détention jusqu'à ce qu'il procède à la réalisation des démarches nécessaires au transfert de résidence.*	– Prise en charge des frais de santé par le régime d'assurance maladie dont elle relève au titre de cette activité. – Prestations en espèces servies par le régime de l'activité professionnelle si l'activité est suffisante pour ouvrir des droits.	Art. L. 160-17, D. 160-14 1° et L. 160-13-1 du CSS.
Semi-liberté	Art. 132-25 et 132-26 du CP. Art. 723, 723-1, D. 137 et D. 138 du CPP.	Personne détenue ne travaillant pas à l'extérieur.	CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire.	Prise en charge des frais de santé par le régime général de l'assurance maladie et prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier par l'administration pénitentiaire.	Art. L. 381-30 al.1, L. 381-30-5 et R. 381-97 du CSS.
		Personne détenue exerçant une activité professionnelle à l'extérieur.	Caisse du lieu de résidence. *À noter que l'assuré reste affilié à la CPAM du lieu de détention jusqu'à ce qu'il procède à la réalisation des démarches nécessaires au transfert de résidence.*	– Prise en charge des frais de santé par le régime d'assurance maladie dont elle relève au titre de cette activité. – Prestations en espèces servies par le régime de l'activité professionnelle si l'activité est suffisante pour ouvrir des droits.	Art. L. 381-30 al.2 et L. 160-17 du CSS.

	Textes applicables (CP, CPP)	Cas	Caisse compétente	Couverture sociale	Textes applicables (CSS)
PSE (placement sous surveillance électronique)	Art. 132-26-1 et suivants du CP. Art. 723-7 à 723-13-1 du CPP.	Personne détenue ne travaillant pas à l'extérieur.	CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire.	Prise en charge des frais de santé par le régime général de l'assurance maladie et prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier par l'administration pénitentiaire.	Art. L. 381-30 al.1, L. 381-30-5 et R. 381-97 du CSS.
		Personne détenue exerçant une activité professionnelle à l'extérieur.	Caisse du lieu de leur résidence. *À noter que l'assuré reste affilié à la CPAM du lieu de détention jusqu'à ce qu'il procède à la réalisation des démarches nécessaires au transfert de résidence.*	– Prise en charge de ses frais de santé par le régime d'assurance maladie dont elle relève au titre de cette activité. – Prestations en espèces servies par le régime de l'activité professionnelle si l'activité est suffisante pour ouvrir des droits.	Art. L. 381-30 al.2 et L. 160-17 du CSS.
Placement à l'extérieur	Art. 723 et 723-1 du CPP. Art. 132-25, 132-26 et D. 126 à D. 136 du CPP.	Personne détenue ne travaillant pas à l'extérieur.	CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire.	Prise en charge des frais de santé par le régime général de l'assurance maladie et prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier par l'administration pénitentiaire.	Art. L. 381-30 al.1, L. 381-30-5 et R. 381-97 CSS.
		Personne détenue exerçant une activité professionnelle à l'extérieur.	Caisse du lieu de résidence. *À noter que l'assuré reste affilié à la CPAM du lieu de détention jusqu'à ce qu'il procède à la réalisation des démarches nécessaires au transfert de résidence.*	– Prise en charge de ses frais de santé par le régime d'assurance maladie dont elle relève au titre de cette activité. – Prestations en espèces servies par le régime de l'activité professionnelle si l'activité est suffisante pour ouvrir des droits.	Art. L. 381-30 al. 2 et L. 160-17 du CSS.

	Textes applicables (CP, CPP)	Caisse compétente	Couverture sociale	Textes applicables (CSS)
Fractionnement de peine	Art. 720-1 du CPP.	Caisse du lieu de résidence. *À noter que l'assuré reste affilié à la CPAM du lieu de détention jusqu'à ce qu'il procède à la réalisation des démarches nécessaires au transfert de résidence.*	Prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité par le régime dont elle relevait avant sa détention ou, à défaut, par le régime général.	Art. L. 160-17 et D. 160-14 du CSS.
Suspension de peine*	Art. 720-1-1 du CPP. Loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.	Caisse du lieu de résidence. *À noter que l'assuré reste affilié à la CPAM du lieu de détention jusqu'à ce qu'il procède à la réalisation des démarches nécessaires au transfert de résidence.*	Prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité par le régime dont elle relevait avant sa détention ou, à défaut, par le régime général.	Art. L. 160-17 et D. 160-14 du CSS.
Permission de sortir	Art. 723-3 et D. 42 à D. 147 du CPP.	CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire.	Prise en charge des frais de santé du régime général de l'assurance maladie et prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier par l'administration pénitentiaire.	Art. L. 381-30 al. 1, L. 381-30-5, et R. 381-97 du CSS.

* Concernant la mise en liberté pour motif médical (personnes prévenues), il s'agit des mêmes modalités de prise en charge.

CONVENTION DE MISE EN ŒUVRE DES PROCÉDURES

Entre :

- L'établissement pénitentiaire X, représenté par… et le service pénitentiaire d'insertion et de probation de X, représenté par…
  – [Le cas échéant] La direction interrégionale des services pénitentiaires de X, représentée par…

Désigné(s) ci-après « les services pénitentiaires » :

- La caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale de X, représentée par… et désignée ci-après « la caisse »
  – [Le cas échéant] L'agence régionale de santé de X représentée par… et désignée ci-après « l'ARS »
- L'établissement de santé de rattachement de X, représenté par… et désigné ci-après « l'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* ;
– vu la convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'État 2014-2017, notamment l'action 1.22 ;
– vu l'article 30 de la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales ;
– vu la circulaire du 26 septembre 2014 de présentation des dispositions applicables le 1er octobre 2014 de la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Préambule

Les personnes écrouées, souvent en situation de précarité, nécessitent un accompagnement spécifique pour accéder de manière effective aux soins et aux droits sociaux.

Afin de garantir une meilleure prise en charge de ces personnes, tant pendant qu'à l'issue de leur mise sous écrou, 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 CSS et D. 366 du CPP, 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 hébergées dans un établissement pénitentiaire 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 nécessite de renforcer et de développer le partenariat ainsi que la coordination entre les services pénitentiaires, les établissements de santé et les CPAM en France métropolitaine ou les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les DOM.

C'est à cette fin que les parties conviennent de ce qui suit :

Article 1er

Objet

La présente convention a pour objet la mise en œuvre des procédures définies par le chapitre « Protection sociale » du guide *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justic*e, 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 ;
- l'amélioration de l'étude des droits à la CMU-C et à l'ACS ;
- l'information des personnes placées sous écrou sur les actions de prévention et de dépistage ainsi que 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.

Les noms et coordonnées des correspondants ainsi désignés sont recueillis dans un tableau annexé à la présente convention.

Chaque partie s'engage à informer les autres en temps réel de toute modification concernant le ou les correspondants ainsi désignés et à mettre à jour le tableau en annexe.

Article 3

Dispositions relatives à l'affiliation des personnes placées sous écrou et à la gestion de leurs droits

Affiliation

Dans l'attente de la mise en œuvre d'une procédure de transmission des données dématérialisée, les parties conviennent d'utiliser une fiche « navette » relative à la situation administrative de la personne placée sous écrou, conforme au modèle annexé au guide *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*.

Les services pénitentiaires s'engagent en outre à remettre à la personne lors de l'entretien qui a lieu à l'occasion de son placement sous écrou, une fiche relative à ses droits sociaux, et lui proposer de la renseigner, si nécessaire avec l'assistance des services pénitentiaires, et de la signer.

Les services pénitentiaires s'engagent à transmettre la fiche « navette » dûment complétée ainsi que, le cas échéant, celle relative aux droits sociaux à la caisse compétente dans le délai prévu par le chapitre « Protection sociale » du guide *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice* et actuellement fixé à un maximum de cinq jours ouvrés.

Dès réception, la caisse compétente doit affilier la personne placée sous écrou selon les modalités définies par le chapitre « Protection sociale » susmentionné et s'engage à en informer les services pénitentiaires dans le délai prévu, actuellement fixé à un maximum de cinq à dix jours ouvrés.

Ce retour d'information est réalisé *via* la transmission, au greffe de l'établissement pénitentiaire, de l'attestation des droits à l'assurance maladie de l'assuré.

S'agissant des personnes détenues, l'établissement pénitentiaire doit transmettre ces informations à l'établissement de santé de rattachement, *via* l'unité de soins, 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 *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 les informations communiquées par l'intéressé sur ses droits préexistants (couverture maladie universelle complémentaire, aide au paiement d'une complémentaire santé, reconnaissance d'une affection de longue durée, etc.) et de les mettre à jour.

L'établissement de santé doit s'assurer des droits et de la caisse d'affiliation de la personne écrouée, d'une part, au moment de la réalisation des soins et, d'autre part, en cas d'hospitalisation, au moment de la fin de son séjour, afin d'adresser la facture à la caisse compétente à cette date.

Droits à la CMU-C 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 à l'examen du dossier en vue du renouvellement des droits à la CMU-C 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'une ou de plusieurs affections de longue durée reconnues au bénéfice de la personne nouvellement placée sous écrou. Dans ce cas, la caisse doit prendre les mesures nécessaires au transfert du protocole de soins au service du contrôle médical placé près d'elle.

En cas de refus de la personne écrouée de communiquer les coordonnées de son médecin traitant, le médecin de l'unité de soins se met en rapport avec le médecin-conseil compétent, après avoir recueilli l'accord écrit du patient sur le document *ad hoc*, pour que lui soit communiqué le protocole de soins.

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 » susmentionné.

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 informer la caisse, en lui transmettant la fiche « navette » correspondante, de tout départ définitif de son établissement ou de tout accueil pérenne d'une personne détenue transférée.

Il s'engage également à signaler les transferts ou hospitalisations hors circonscription d'une durée supérieure à 40 jours ouvrés.

Dans ces cas, la personne détenue n'étant plus dans sa circonscription, la caisse dite cédante prend en compte l'information du transfert.

La caisse dite prenante doit quant à elle affilier la personne détenue selon les modalités habituelles.

Continuité des droits pour les personnes placées sous écrou

La caisse vérifie périodiquement les fins de droits et demande aux services pénitentiaires les informations sur la situation des personnes détenues. Lorsque la personne est toujours détenue, les droits doivent être reconduits en prenant en compte la date prévisionnelle de fin de peine alors communiquée. Si la personne n'est plus incarcérée, les droits doivent être mis à jour en fonction de sa situation pénale (libération pure et simple, libération conditionnelle ou suspension de peine, d'une part, ou aménagement de peine, d'autre part).

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 (présentation collective ou accueil individualisé au sein de l'établissement pénitentiaire, remise de dépliants, etc.), à l'information des personnes placées sous écrou sur l'ensemble de leurs droits ainsi que, le cas échéant, ceux de leur famille, sur les assurances maladie et maternité, à la CMU-C, l'ACS et à l'AME, et plus particulièrement pour les publics suivants :

- les personnes nouvellement placées sous écrou ;
- les personnes devant prochainement bénéficier d'un aménagement de peine ;
- les personnes devant prochainement bénéficier d'une levée d'écrou (libération, libération conditionnelle, suspension de peine).

À ce titre, la Caisse… *[modalités à définir localement]*

Les services pénitentiaires s'engagent à permettre et faciliter ces séquences d'information.

Chaque partie s'engage également à informer, en tant que de besoin et par les moyens de son choix, les autres parties des modifications réglementaires relevant de son domaine de compétence et 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 PJJ 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 DISP et/ou l'ARS sont signataires 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 ARS concernées ou leurs représentants ;
- les directeurs des établissements de santé de rattachement ou leurs représentants ;
- pour les questions concernant les mineurs, les directeurs territoriaux de la PJJ ou leurs représentants.

Le comité de coordination régionale se réunit une fois par an, à l'initiative de la DISP et/ou de l'ARS, 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.

Les conventions signées sont transmises par mail à l'adresse : DSS-CONVENTIONS@sante.gouv.fr (la taille du fichier doit être inférieure à 7 Mo ; indiquer dans l'objet du mail le numéro de département ainsi que le nom de l'établissement pénitentiaire), ainsi qu'à la direction de l'administration pénitentiaire.

Article 7

Durée de la convention

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.

Toute modification du guide méthodologique ayant un impact sur le contenu de la présente convention devra être mise en œuvre par voie d'avenant.

La présente convention est conclue pour une durée de trois ans renouvelable par avenant adopté dans le mois précédant sa date anniversaire.

Fiche navette

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse avant incarcération : .....

Numéro d'immatriculation (dit « numéro de Sécurité sociale ») : .....

Situation au regard du droit au séjour sur le territoire :

- ☐ Régulière (document présenté)
- ☐ Présomption de régularité (absence de document)
- ☐ Irrégulière

LIEU D'ÉCROU INITIAL

Adresse de l'établissement pénitentiaire			
Date d'écrou			
Numéro d'écrou			
Statut si ≠ condamné incarcéré	Détention provisoire	Aménagement de peine* initial avec activité professionnelle	Aménagement de peine initial sans activité professionnelle
Date prévisionnelle de fin de peine			

*Aménagement de peine : placement sous surveillance électronique, semi-liberté et placement à l'extérieur.

Changement de situation

Nouvelle date prévisionnelle de fin de peine			
TRANSFERT D'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE			
Adresse de l'établissement pénitentiaire			
Date d'écrou			
Numéro d'écrou			
AMÉNAGEMENT DE PEINE			
Nature de l'aménagement de peine	Semi-liberté	Placement à l'extérieur	PSE
Le cas échéant, date de début de l'activité professionnelle			
Date d'écrou			
Numéro d'écrou			
Adresse de l'établissement pénitentiaire si ≠			
Le cas échéant, adresse personnelle de la personne écrouée			
Levée d'écrou pour libération, suspension de peine, fractionnement de peine ou libération conditionnelle			
Date de levée d'écrou			

Adresse à la libération	
Évasion	
Décès	

Fait le / / , à
Le chef de l'établissement pénitentiaire ou son représentant

Fiche relative aux droits sociaux

À remplir par l'assuré ou sous sa responsabilité

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse avant incarcération : .....

Numéro d'immatriculation (dit « numéro de Sécurité sociale ») : .....

Conjoint, concubin, partenaire PACS, enfants mineurs				
Nom	**Prénom**	**Date et lieu de naissance**	**Lien à l'assuré (conjoint, concubin, enfant...)**	**Adresse**

Renseignements concernant vos droits sociaux

Avez-vous une carte Vitale ?		
☐ OUI	☐ NON	☐ NE SAIT PAS
Étiez-vous jusqu'à aujourd'hui assuré d'un régime d'assurance maladie obligatoire ?		
☐ OUI	☐ NON	☐ NE SAIT PAS
Si oui, lequel ? RÉGIME GÉNÉRAL – RSI – MSA – FONCTION PUBLIQUE Autre :		☐ NE SAIT PAS
Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité ?		
☐ OUI	☐ NON	☐ NE SAIT PAS
Percevez-vous une rente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ?		
☐ OUI	☐ NON	☐ NE SAIT PAS
Êtes-vous pris en charge à 100 % pour une ou plusieurs maladies (affection de longue durée ?)		
☐ OUI	☐ NON	☐ NE SAIT PAS
Êtes-vous bénéficiaire de la CMU Complémentaire ?		
☐ OUI	☐ NON	☐ NE SAIT PAS
Si oui, auprès de quel organisme gestionnaire ?		
.....		☐ NE SAIT PAS
Bénéficiez-vous de l'aide au paiement de la complémentaire santé (ACS) ?		
☐ OUI	☐ NON	☐ NE SAIT PAS
Si oui, auprès de quel organisme gestionnaire ?		
.....		☐ NE SAIT PAS
Si vous êtes en situation irrégulière, étiez-vous jusqu'à aujourd'hui bénéficiaire de l'AME ?		
☐ OUI	☐ NON	☐ NE SAIT PAS
Si vous avez répondu oui à la question précédente, auprès de quelle caisse d'assurance maladie ?		
.....		☐ NE SAIT PAS

Fait le / / , à
Signature

Demande de transfert du protocole de soins entre le médecin-conseil placé près de l'ancien régime et celui du nouveau régime d'assurance maladie

À compléter par l'assuré :

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Numéro d'immatriculation (dit « numéro de Sécurité sociale ») : .....

Adresse : .....

.....

Objet : Demande de transfert de dossier médical

Le :

Madame, Monsieur le Médecin-Conseil,

Suite à un changement de situation, je suis désormais rattaché(e) à la caisse d'assurance maladie de

.....

.....

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge des soins, je vous prie de bien vouloir transmettre mon protocole de soins à l'adresse suivante :

Service médical de la caisse d'assurance maladie de .....

À l'attention du Médecin-Conseil

.....

.....

.....

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Médecin-Conseil, l'expression de mes salutations distinguées.

Le titulaire du dossier (ou son représentant légal)

CAHIER 2

LES MODALITÉS FINANCIÈRES DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES ÉCROUÉES

P. 409 > 421

FICHE 1
CADRE FINANCIER

1 - CADRE BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE HOSPITALIER

Les dépenses et les recettes afférentes aux soins dispensés aux personnes écrouées 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.

2 - RÉFORME DES CIRCUITS DE FACTURATION DES SOINS AUX PERSONNES ÉCROUÉES DU 1ER JANVIER 2016

Les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leur frais de santé tout au long de leur mise sous écrou[1] :

- par le régime général d'assurance maladie pour la part obligatoire des soins ;
- par l'administration pénitentiaire pour la part complémentaire des soins (ticket modérateur, ticket modérateur forfaitaire de 18 € et forfait journalier hospitalier)[2].

Les éventuels dépassements d'honoraires et autres frais au-delà des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale restent toutefois à la charge de la personne (les mutuelles complémentaires peuvent prendre en charge tout ou partie de ces frais [cf. Livre 7, Cahier 1 – « Protection sociale »]).

Pour les soins antérieurs au 1er janvier 2016, les établissements pénitentiaires devaient s'acquitter des factures de part complémentaire auprès des établissements de santé et auprès des personnes écrouées pour leurs soins de ville, ce qui nécessitait une avance de frais de la part des personnes et générait une certaine complexité dans les remboursements.

1. Art. L. 381-30 du CSS.
2. Art. L. 381-30-1 du CSS.

Depuis le 1er janvier 2016, les caisses primaires d'assurance maladie assurent désormais l'avance des frais de santé des personnes écrouées, tant pour la part obligatoire que complémentaire. La Direction de l'administration pénitentiaire rembourse ensuite la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) des sommes qui lui incombent, dans le cadre d'une facturation annuelle nationale[3].

Les personnes écrouées bénéficient ainsi d'un tiers payant intégral sur l'ensemble des soins qui leur sont dispensés.

Cette réforme permet également de centraliser les remboursements par l'État du ticket modérateur, du ticket modérateur forfaitaire de 18 € et du forfait journalier hospitalier. Ainsi, les établissements pénitentiaires n'ont plus à régler la part complémentaire des soins aux professionnels de santé et établissements hospitaliers, qui sont réglés à 100 % par l'assurance maladie.

Les modalités de financement définies ci-après s'appliquent depuis le 1er janvier 2016, dans le cadre de cette réforme.

3. Art. L. 381-30-5 du CSS.

FICHE 2

MODALITÉS DE FINANCEMENT DES SOINS AUX PERSONNES ÉCROUÉES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET EN UNITÉ SANITAIRE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

1 - DÉPENSES DE SOINS MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE (MCO)

Modalités de financement : les soins en médecine, en chirurgie et en obstétrique des personnes écrouées, délivrés par les établissements de santé, en hospitalisation et en ambulatoire, sont financés par :

- les recettes issues de la tarification à l'activité (selon les conditions de droit commun)[4], avec une prise en charge répartie entre l'assurance maladie et l'administration pénitentiaire selon les conditions définies *supra* ;
- les 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 unité de consultation et de soins ambulatoires [UCSA], MIG unité hospitalière spécialement aménagée [UHSI] et MIG chambres sécurisées) qui ont vocation à financer les surcoûts liés aux spécificités du milieu carcéral.

Les soins de ville des personnes écrouées sont pris en charge par l'assurance maladie et l'administration pénitentiaire selon les conditions définies *supra*.

Facturation des séjours et des actes : les modalités de facturation des soins somatiques dispensés en établissement hospitalier et en unité sanitaire en milieu pénitentiaire sont définies par l'instruction n° DSS/2A/DGOS/R1/2016/9 du 6 janvier 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins aux personnes écrouées, sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique.

Ainsi, s'agissant des établissements publics et privés à but non lucratif de l'échelle « ex-dotation globale » n'ayant pas basculé sous un régime de facturation individuelle, la valorisation des séjours, des actes et des

4. À l'exception de l'EPSNF, financé par une dotation annuelle de financement (art. L. 6141-5 du CSP et L. 162-22-16 du CSS).

consultations externes est effectuée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), grâce à l'identification des soins des personnes écrouées, *via* le code gestion 65.

Les arrêtés de versement mensuels des directeurs généraux d'agences régionales de santé (DGARS) identifient spécifiquement la somme due au titre de cette part complémentaire, faisant l'objet d'une avance de frais par l'assurance maladie.

L'établissement public national de santé de Fresnes (EPSNF), bien que n'étant pas soumis aux règles de tarification à l'activité, effectue des remontées d'activité selon les mêmes modalités.

S'agissant des établissements sous un régime de facturation individuelle, l'intégralité de la dépense est facturée en part obligatoire à l'assurance maladie lors de la facturation en norme B2 CP.

2 - DÉPENSES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Modalités de financement : tel que défini *supra*, les soins psychiatriques des personnes écrouées sont financés par :

- l'assurance maladie pour la part obligatoire des soins, *via* la dotation annuelle de financement (s'agissant des établissements publics et privés à but non lucratif) ou à travers les prix de journée (s'agissant des établissements privés) ;
- la Direction de l'administration pénitentiaire pour la part complémentaire des soins.

Facturation des séjours et des actes : les modalités de facturation des soins psychiatriques dispensés en établissement hospitalier et en unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) sont définies par l'instruction n° DSS/2A/DGOS/R1/2016/370 du 1er décembre 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins psychiatriques dispensés aux personnes écrouées.

Ainsi, la part complémentaire des soins fait l'objet d'une facturation à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de rattachement de l'établissement de santé, suivant des modalités différentes selon qu'il s'agisse de séjours en psychiatrie ou d'actes et consultations externes, définies dans l'instruction ci-avant.

La valorisation des séjours est effectuée par l'ATIH, grâce à l'identification des soins des personnes écrouées, *via* le Code gestion 65, qui transmet à l'établissement de santé les montants correspondant au reste à charge des séjours qui seront ensuite facturés à la caisse.

La facturation des actes et des consultations externes est effectuée directement par l'établissement de santé à la CPAM.

3 - MÉDICAMENTS

En cas d'hospitalisation, les médicaments sont inclus dans les tarifs des prestations d'hospitalisation (à l'exception des médicaments figurant sur la liste en sus[5] ou des médicaments faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation [ATU][6]). Leur financement entre donc dans le cadre de la facturation des séjours définie ci-avant.

Les médicaments dispensés aux personnes incarcérées en USMP sont financés de la façon suivante :

- l'assurance maladie finance la part obligatoire à travers la MIG « USMP » ou, le cas échéant, à travers le dispositif de facturation des médicaments inscrits sur la liste des produits mentionnée à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique (CSP), dite « liste de rétrocession » (à l'exception des médicaments non remboursables par l'assurance maladie) ;
- la Direction de l'administration pénitentiaire participe à hauteur de 40 % des dépenses de médicaments (taux forfaitaire unique), y compris pour les médicaments inscrits sur la « liste de rétrocession[7] » non pris en charge à 100 %, et à l'exception des médicaments pris en charge à 100 % ou non remboursables par l'assurance maladie.

Les modalités de facturation de ces médicaments, qui incombent aux établissements sièges d'USMP dispensant des soins somatiques, sont définies par l'instruction n° DSS/2A/DGOS/R1/2016/346 du 23 novembre 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des médicaments dispensés aux personnes détenues.

La participation forfaitaire de 40 % fait l'objet d'une valorisation par l'ATIH sur la base d'un recueil spécifique des établissements (recueil FICHSUP « médicaments en USMP »). Pour l'année 2016, ce recueil est réalisé sur le mois M12 et couvre la totalité des médicaments administrés depuis le 1er janvier 2016. À compter de 2017, ce recueil devient mensuel et cumulatif.

Les montants sont intégrés dans l'arrêté de versement du DGARS et font l'objet d'un versement mensuel par les caisses d'assurance maladie.

4 - 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).

5. Les médicaments figurant sur cette liste font l'objet d'une consommation trop irrégulière ou onéreuse pour être inclus dans les tarifs. En application de l'art. L. 162-22-7 du CSS, ils font l'objet d'une facturation spécifique, en sus du GHS, et sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.
6. En application de l'art. L. 162-22-7-3 du CSS, ces médicaments sous ATU ou post-ATU font l'objet, depuis le 1er janvier 2017, de modalités de facturation identiques à celles des médicaments de la liste en sus.
7. Circulaire DGOS/R4/PF1/1DSS/2A n° 2013-288 du 31 juillet 2013 relative aux modalités de facturation à l'administration pénitentiaire des soins dispensés aux personnes détenues par les USMP.

En cas d'administration au cours d'un séjour d'hospitalisation, les dispositifs médicaux sont inclus dans les tarifs des prestations d'hospitalisation (à l'exception des dispositifs médicaux figurant sur la liste en sus). Leur financement entre donc dans le cadre de la facturation des séjours définie *supra*.

5 - SOINS DENTAIRES

Modalités de financement : comme pour les autres soins, l'assurance maladie fait l'avance des frais sur l'ensemble du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale (parts obligatoire et complémentaire), avant d'être remboursée par la Direction de l'administration pénitentiaire du ticket modérateur.

Les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont à la charge de la personne écrouée, sauf si celle-ci dispose d'une complémentaire santé prenant en charge tout ou partie de ces dépassements (couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] ou mutuelle).

Modalités de facturation : les consignes de facturation dans le cas d'une prise en charge par la complémentaire santé sont les suivantes (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FI_DETENUS-_02_2016.pdf) :

- Pour les établissements de santé « ex-OQN » (ex-objectifs quantifiés nationaux) et les établissements de santé « ex-dotation globale » sous un régime de facturation individuelle :
  S'agissant de l'acte de la classification commune des actes médicaux (CCAM), l'intégralité de la dépense est facturée en part obligatoire à l'assurance maladie lors de la facturation en norme B2 CP.
  Le forfait panier de soins CMU-C associé à l'acte CCAM fait également l'objet d'une transmission à l'assurance maladie en norme B2, avec indication d'une prise en charge par l'assurance maladie complémentaire à 100 %. Lorsque le patient n'est pas bénéficiaire de la CMU-C, mais bénéficie d'une autre complémentaire santé, les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont directement facturés à l'organisme complémentaire.

- Pour les établissements de santé « ex-dotation globale » non encore basculés sous un régime de facturation individuelle :
  S'agissant de l'acte CCAM, l'intégralité de la dépense est valorisée par l'ATIH.
  Seul le forfait panier de soins CMU-C associé à l'acte CCAM fait l'objet d'une transmission à l'assurance maladie en norme B2, avec indication d'une prise en charge par l'assurance maladie complémentaire à 100 %. Lorsque le patient n'est pas bénéficiaire de la CMU-C, mais bénéficie d'une autre complémentaire santé, les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont directement facturés à l'organisme complémentaire.

FICHE 3

MODALITÉS DE FINANCEMENT DES SOINS DE VILLE AUX PERSONNES ÉCROUÉES

Les modalités de facturation sont identiques pour l'ensemble des soins dispensés en ville, qu'il s'agisse de consultations, d'actes techniques, d'examens de biologie, de la délivrance de médicaments ou de dispositifs médicaux, etc.

1 - INFORMATION SUR LE TIERS PAYANT

Afin de porter à la connaissance des professionnels de santé les modalités de mise en œuvre du tiers payant intégral et l'interdiction de dépassement d'honoraires dont bénéficient ces assurés, les attestations de droit portent le libellé « Tiers payant intégral sans dépassement sur les honoraires, prise en charge à 100 % par le régime général ». La carte Vitale, si elle a été mise à jour depuis la mise sous écrou, comporte également l'information de prise en charge à 100 %.

2 - MODALITÉS DE FACTURATION

Les consignes de facturation sont indiquées sur le site Ameli, dans l'espace dédié aux professionnels de santé, à la rubrique « Exercer au quotidien » et sous-rubrique « Le tiers payant pour les personnes détenues » (https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tiers-payant-modalites-regles-facturation/tiers-payant-modalites-regles-facturation#text_11387).

Ces consignes s'appliquent également aux praticiens intervenant dans le cadre de la permanence des soins au sein d'un établissement pénitentiaire.

- **En cas de télétransmission en SESAM-Vitale :** la prise en charge à 100 % est déclenchée automatiquement à la lecture de la carte Vitale du patient à jour. Dans le cas contraire, cela signifie que la carte n'est pas à jour et qu'une facturation papier doit être effectuée.

- **En cas de télétransmission en norme B2, renseigner :**
  - le code justification de l'exonération à 5 « assuré ou bénéficiaire exonéré (régime exonérant) » ;
  - le code prise en charge de la participation assuré 18 € « à blanc ».
- **En cas d'impossibilité d'effectuer une télétransmission :**
  - pour faire bénéficier le patient du tiers payant intégral, cocher les cases suivantes dans la zone « Paiement » de la feuille de soins : « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire » ou « L'assuré n'a pas payé la part complémentaire » ;
  - l'envoi de la feuille de soins papier s'effectue selon les modalités habituelles.

FICHE 4

TRANSPORTS SANITAIRES

Voir Livre 3, Cahier 3, Fiche 7 – « Transports »

Les frais de transport en taxi conventionné, en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en ambulance sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs conventionnels, à hauteur de :

- 100 % en cas d'exonération du ticket modérateur ;
- 65 % dans les autres cas ; le ticket modérateur de 35 % est alors à la charge de la Direction de l'administration pénitentiaire.

Lorsque le transport sanitaire répond aux conditions de prise en charge de l'assurance maladie, les caisses d'assurance maladie règlent 100 % des frais, sur présentation de la facture par le transporteur, quel que soit le niveau de prise en charge. En effet, depuis le 1er janvier 2016, les caisses assurent l'avance des frais des personnes écrouées en lieu et place de l'administration pénitentiaire (cf. Fiche 1).

Lorsque le transport sanitaire incombe à l'établissement de santé, ce dernier règle 100 % des frais sur présentation de la facture par le transporteur.

FICHE 5

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRES : DÉPISTAGES D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LES CEGIDD ET LES CLAT[8]

1 - MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES DÉPISTAGES VIH, VIRUS DE L'HÉPATITE B (VHB), VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC) ET AUTRES IST

Au sein des CeGIDD : toutes les prestations effectuées au sein d'un CeGIDD (consultations, prélèvements, analyses, vaccinations, prévention, traitements) sont prises en charge gratuitement et s'imputent sur le fonds d'intervention régionale (FIR)[9].
Les frais de fonctionnement d'un CeGIDD hospitalier sont assurés par une dotation forfaitaire annuelle. Les dispositions financières applicables au CeGIDD, notamment celles relatives à la fixation de cette dotation forfaitaire, sont précisées dans l'annexe 10 de l'instruction n° 2015-195 du 3 juillet 2015.

Au sein des USMP (établissements de santé) : les prestations relatives au dépistage (consultations et analyses) sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, à l'exception de la sérologie VHB et de l'acte technique (prélèvement), qui sont pris en charge dans les conditions de droit commun (part obligatoire par l'assurance maladie et ticket modérateur par l'administration pénitentiaire, sauf cas d'exonération du ticket modérateur).

2 - MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE DES DÉPISTAGES DE LA TUBERCULOSE

Les CLAT interviennent pour le dépistage et/ou enquêtent autour d'un cas.

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).

8. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; infections sexuellement transmissibles (IST) ; centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CeGIDD) ; centre de lutte antituberculose (CLAT).
9. Art. L. 3121-2 du CSP.

FICHE 6

MODALITÉS DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS ASSOCIÉES

1 - 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 Code de la santé publique (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 occasionnées 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 « transport », 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 déterminées 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).

2 - FINANCEMENT DE L'AMÉNAGEMENT ET DE L'ÉQUIPEMENT DES LOCAUX MIS À DISPOSITION DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES (2º ARTICLE R. 6112-22 DU CSP)

Selon l'article L. 381.30.6.3º du Code de la Sécurité sociale (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 USMP ;
- les équipements en postes téléphoniques et 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 »).

3 - 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 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 public 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.

Annexes

Annexe I ▸ Protocole cadre entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé chargés de la prise en charge sanitaire des personnes détenues

Annexe II ▸ Textes législatifs et réglementaires

Annexe III ▸ Glossaire

Annexe IV ▸ Liste des abréviations et acronymes

ANNEXE I

PROTOCOLE CADRE 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 1er

Le ou les établissements de santé assurent les missions sanitaires prévues par les articles R. 6112-14 et suivants du Code de la santé publique (CSP).

Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) 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 dans l'établissement pénitentiaire sont fixées par le présent 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 revient 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'annexe I bis précise les conditions d'accueil de la personne détenue au sein de l'établissement de santé de rattachement (stationnement du véhicule d'extraction et circuit de la personne détenue au sein de l'établissement de santé, lieu d'attente, etc.).

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 (CPP).

Le ou les établissements de santé mettent en place une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) 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 du CSP, 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(nt) 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 du CSP. 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 du CSP, 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 (lutte contre la tuberculose, vaccination, lutte contre le cancer et prévention des infections sexuellement transmissibles [IST]).

Il coordonne ces actions avec les services correspondant, habilités par l'ARS ou conventionnés avec l'État (lorsque le conseil départemental continue d'exercer cette activité). Ainsi les modalités d'intervention d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD, ex-CDAG) sont fixées par convention entre l'établissement de santé et la structure sanitaire, notamment lorsque celle-ci est gérée par un conseil départemental. 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 auxquels 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 du CSP, 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 USMP 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 du CSP, l'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnels concourant aux missions définies au dernier alinéa de l'article L. 6112-1 du CSP.

Le personnel pénitentiaire et les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) pour les mineurs sont informés des missions dévolues à l'établissement de santé et des modalités de fonctionnement des USMP. 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'USMP, 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 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 (art. 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'administration pénitentiaire. L'établissement pénitentiaire s'engage à ce que les locaux destinés à recevoir l'USMP 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'USMP 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 l'échange des informations, une convention a été conclue entre la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) le 12 juillet 2012, afin de mettre en place des échanges et des flux de données réciproques sur l'activité des structures de santé des personnes détenues.

Les équipements nécessaires sont listés en annexe IX du présent protocole.

Article 13

Les modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes écrouées sont définies au chapitre éponyme du guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

S'agissant des frais de santé des personnes écrouées, celles-ci bénéficient d'une prise en charge tout au long de leur mise sous écrou :

- par le régime général d'assurance maladie pour la part obligatoire des soins ;
- par la Direction de l'administration pénitentiaire pour la part complémentaire des soins (ticket modérateur, ticket modérateur forfaitaire de 18 € et forfait journalier hospitalier).

Les éventuels dépassements d'honoraires et autres frais au-delà des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale restent toutefois à la charge de la personne (les mutuelles complémentaires peuvent prendre en charge tout ou partie de ces frais).

Pour les soins antérieurs au 1er janvier 2016, les établissements pénitentiaires devaient s'acquitter des factures de part complémentaire auprès des établissements de santé et auprès des personnes écrouées pour leurs soins de ville.

À compter du 1er janvier 2016, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) assurent désormais l'avance des frais de santé des personnes écrouées, tant pour la part obligatoire que complémentaire. La Direction de l'administration pénitentiaire rembourse ensuite la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) des sommes qui lui incombent, dans le cadre d'une facturation annuelle nationale.

Les personnes écrouées bénéficient ainsi d'un tiers payant intégral sur l'ensemble des soins qui leur sont dispensés.

S'agissant des frais de transport et de déplacement de personnel hospitalier, ou de produits et de matériels entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire,

.....

S'agissant de l'aménagement, de l'équipement et de l'entretien des locaux mis à disposition des équipes hospitalières,

.....

S'agissant des actions de promotion de la santé,

.....

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 promotion pour la santé réalisées.

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 le cas échéant la réunion hebdomadaire pluridisciplinaire relative aux mineurs incarcérés.

Les personnels soignants, selon l'ordre du jour, sont invités à y participer. Les conditions de ces participations sont précisées dans la circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique.

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

En application du 10° de l'article R. 6112-23 du CSP, un comité de coordination est constitué. 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

ANNEXE I (ARTICLE 2 DU PROTOCOLE) :
ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'USMP

Sont précisés :
- les horaires d'ouverture de l'USMP ;
- les horaires de présence des personnels infirmiers ;
- les horaires de consultations des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes ;
- les horaires de présence des psychiatres et des psychologues ;
- 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, ETC.)

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 déchets d'activités de soins à risques infectieux (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, service pénitentiaire d'insertion et de probation [SPIP], PJJ, etc.) ;
- le nom et le statut du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (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'ÉQUIVALENTS PLEIN TEMPS BUDGÉTÉS

Sont listés :
- les effectifs médicaux ;
- les effectifs non médicaux.

ANNEXE V (ART. 7 DU PROTOCOLE) : ORGANISATION DES CONSULTATIONS RÉGLEMENTAIRES

Sont précisés :
- les délais à respecter ;
- les conditions de ces consultations (au sein de l'USMP, 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'hospitalisation de jour 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 cette hospitalisation de jour (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 ;
- l'organisation matérielle de la prise en charge ;
- l'organisation de la continuité des soins à la sortie.

ANNEXE VI (ARTICLE 8 DU PROTOCOLE) :
SÉCURITÉ DU PERSONNEL SANITAIRE

Sont précisés :
- le nombre de surveillants pénitentiaires affectés à l'ordre et la sécurité des USMP ;
- leurs horaires de présence ;
- le nombre d'alarmes portatives individuelles (API) mises à disposition des personnels de santé présents dans l'USMP ;
- les modalités de sécurisation des locaux (alarme coup de poing, portique, etc.) ;
- 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 ou 115-116) ;
- astreinte hospitalière ;
- médecine libérale ;
- autres.

Sont également précisées les conditions d'accès à un traitement médicamenteux de première nécessité en dehors des heures d'ouvertures de l'USMP.

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 la description de l'opération et le 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'USMP

Préciser les modalités d'entretien de ces locaux selon le Livre 7 – « Droits sociaux et financements des soins ».

ANNEXE IX (ARTICLE 12 DU PROTOCOLE) : LES ÉQUIPEMENTS

Sont listés les équipements installés au sein de l'USMP :
- équipements biomédicaux : radiologie, fauteuil dentaire, etc. ;
- équipements informatiques.

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 auxquelles les personnels soignants peuvent être invités à participer.

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.

ANNEXE II

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 à 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 modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013

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

Loi n° 2014-896 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

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 relatifs aux soins dispensés aux détenus 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 détenus

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

Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé

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

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 articles L. 162-9 et 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

Arrêté du 1er août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médical ou associatif

Arrêté du 29 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 27 décembre 2016 fixant le ressort territorial des directions interrégionales de l'administration pénitentiaire et de la mission des services pénitentiaires de l'outre-mer

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 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale NOR : SPSH9403796C

Circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996 relative 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, qui pose la base des actions de repérage, de formation disciplinaire et de postvention

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 des 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 : JUSK0440155C

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 1er 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 dispensées 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. NOR : JUSK1340024C

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

Circulaire JUSK1140022C 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, mars 2012

Circulaire DAP/DACG/DPJJ JUSK1140021 C 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 n° 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

Circulaire DAP/DPJJ du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs

Instruction du 24 octobre 2014 relative aux infections invasives à méningocoque

Note DAP/DGOS du 5 juillet 2013 sur le ressort géographique des UHSI

Circulaire DAP/DPJJ du 4 juillet 2014 relative au projet des établissements pénitentiaires habilités à l'accueil des mineurs

Circulaire du 26 septembre 2014 de présentation des dispositions applicables le 1er octobre 2014 de la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

Circulaire DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/ n° 148 du 29 avril 2015 relative aux conditions de facturation des antiviraux d'action directe pour les patients pris en charge en ambulatoire en USMP

Instruction DGS/RI2/2015/ n° 195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

Instruction DSS/2A/DGOS/R1/2016 n° 9 du 6 janvier 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins aux personnes écrouées sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique

Note d'organisation territoriale du 22 septembre 2016 relative aux conditions d'application du décret n° 2010-214 du 2 mars 2010 relatif au ressort territorial, à l'organisation et aux attributions des services déconcentrés, établissements et services de la protection judiciaire de la jeunesse

Instruction DSS/2A/DGOS/R1/2016/ n° 346 du 23 novembre 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des médicaments dispensés aux personnes détenues

Instruction DSS/2A/DGOS/R1/2016 n° 370 du 1er décembre 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins psychiatriques dispensés aux personnes écrouées.

ANNEXE III

GLOSSAIRE

CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Maison d'arrêt (MA)
Établissement pénitentiaire pour les prévenus, les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à un an et les condamnés 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 détenus.

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 condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Centre de semi-liberté (CSL)
Établissement pénitentiaire qui reçoit des condamnés admis au régime de la semi-liberté.
Régime de semi-liberté : modalité d'exécution d'une peine. Elle autorise un condamné à exercer, en dehors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou de bénéficier d'un traitement médical. À l'issue de ces activités quotidiennes, le condamné rejoint le centre de semi-liberté.

Centre pour peine aménagée (CPA)
Établissement pénitentiaire qui reçoit des détenus volontaires faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que ceux dont le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

Placement sous surveillance extérieure (PSE)
Mesure d'individualisation de peine qui permet à une personne condamnée d'exécuter sa peine en dehors de la prison. Cette mesure lui permet de travailler, de se former, de suivre un stage, de se soigner ou de répondre à une obligation familiale. Chaque jour, l'activité terminée, la personne placée doit se rendre dans les locaux d'une association qui l'encadre et l'héberge, soit dans un foyer ou plus rarement au domicile d'un proche.

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 prévenus (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 condamnés (personne ayant fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive, les voies de recours étant épuisées).
N.B. : 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.
N.B. : 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 qui 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 sortir est l'autorisation donnée à un condamné incarcéré 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 le condamné 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 extérieur sous surveillance de l'administration pénitentiaire
Le placement à l'extérieur sous surveillance du personnel pénitentiaire permet à une personne détenue condamnée de réaliser des travaux pour le compte d'une administration, d'une collectivité publique, d'une personne physique ou morale, sous la surveillance directe de l'administration (art. D. 126 et suivants du CPP).

Placement extérieur sans surveillance de l'administration pénitentiaire
Le placement à l'extérieur sans surveillance du personnel pénitentiaire permet à une personne détenue condamnée soit de travailler à l'extérieur, soit d'y suivre un enseignement, une formation professionnelle ou un traitement médical et ce, sans surveillance continue du personnel pénitentiaire (art. D. 136 du CPP).

Semi-liberté
La semi-liberté permet à une personne détenue condamnée, hors d'un établissement pénitentiaire et sans surveillance :
- d'exercer une activité professionnelle ;
- 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.

Le semi-libre est astreint 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 (art. 132-25 et 132-26 du CP, art. 723 et suivants du CPP).

Placement sous surveillance électronique (PSE)
Le placement sous surveillance électronique fixe emporte pour le condamné 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 le condamné 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).
Le condamné 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.
N.B. : Il ne faut pas confondre avec le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) qui est une mesure non autonome de sûreté qui consiste, à la libération de certains condamnés, 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 « statique » (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 un condamné d'être libéré, avant le terme de sa peine.
Les condamnés peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle s'ils manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale et lorsqu'ils 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 extérieur sous surveillance AP	OUI	OUI	NON	NON
Placement extérieur sans surveillance AP	OUI	NON	OUI[1]	NON
Libération conditionnelle	NON	NON	NON	OUI

1. Hébergée en principe en établissement pénitentiaire (notamment en CPA) mais possibilité d'hébergement à l'extérieur.

ANNEXE IV

LISTE 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
ANSP : Agence nationale de santé publique (Santé publique France)
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
AP : Administration pénitentiaire
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
API : Alarme portative individuelle
ARS : Agence régionale de santé
Art. : Article
ARV : Anti rétroviraux
ASE : Aide sociale à l'enfance
ASH : Agent des services hospitaliers
AT : Accident du travail
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
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
CC : Code civil

CCAM : Classification commune des actes médicaux
CCAS : Centre communal d'action sociale
CE : Conseil de l'Europe
CE : Conseil d'État
CEL : Cahier électronique de liaison
CD : Centre de détention
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
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
CIP : Conseiller en insertion professionnelle
CLAT : Centre de lutte contre la tuberculose
CME : Commission médicale d'établissement
CMU : Couverture maladie universelle
CMU-C : 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
CRCI : Commission régionale de conciliation et d'indemnisation
CRIAVS : Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles
CRRA : 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
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
DIF : Délégation interministérielle à la famille
DIIESES : Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale
DIRPJJ : Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse
DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires
DG : Directeur général
DGARS : Directeur général de l'agence régional de santé
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
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
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
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
FAM : Foyers d'accueil médicalisé
FFM : Forfait frais matériel
FJH : Forfait journalier hospitalier
FNES : Fédération nationale d'éducation pour la santé
FSI : Forces de sécurité intérieure
GDS : Garde des Sceaux
GHS : Groupe homogène de séjour
HAS : Haute Autorité de santé
HCSP : Haut conseil de santé publique
HdJ : Hospitalisation de jour
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
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
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
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
MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
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
PACS : Pacte civil de solidarité
PAD : Point d'accès au droit
PAI : Projet d'accueil individualisé
PCH : Prestation de compensation du handicap
PE : Placement 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 : Projet 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
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
SpF : Santé publique France (Agence nationale de santé publique)
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 : Schémas 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
USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VSL : Véhicule sanitaire léger

Ministère des Solidarités et de la Santé/Ministère de la Justice

Rédaction
Ministère des Solidarités et de la Santé/Ministère de la Justice
Direction générale de la santé
Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de l'offre de soins
Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
Direction générale de la cohésion sociale
Direction de la Sécurité sociale

Édition et coordination
Direction générale de la santé
Délégation à l'information et à la communication – Bureau des éditions

Mise en page
Transfaire

Maquette
Ipso Facto

Éditions Dicom 17 075