

Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice

RAPPORT

Établi par

Inspection générale
des affaires sociales

Christine BRANCHU
Jérôme GUEDJ
Membres de l'IGAS

avec l'appui de Samuel d'ALMEIDA
interne en médecine,
en stage à l'IGAS

Inspection générale
des services judiciaires

Sandrine ZIENTARA-LOGEAY
Inspectrice générale adjointe
des services judiciaires

Maxime De BLASI
Chargé de mission à l'IGSJ

Frédéric LOPEZ
Inspecteur des services pénitentiaires



N°2015-050R



N°58-15

SYNTHESE

Les besoins en santé demeurent importants mais l'état de santé des personnes détenues est très mal documenté

Au 1^{er} janvier 2015, 66.270 personnes étaient écrouées et détenues dans 188 établissements pénitentiaires. Huit entrants sur dix présentaient un bon état général lors de l'examen clinique d'entrée en détention. Six entrants sur dix déclaraient avoir eu recours au système de soins dans les douze derniers mois, soit une consommation de soins moindre que la population générale, ce qui s'explique aisément par l'âge médian des personnes détenues (32 ans) sensiblement inférieur à la médiane nationale. Mais des prévalences plus élevées sont observables en milieu carcéral :

- un entrant sur dix est orienté vers une consultation de psychiatrie à l'issue de l'examen clinique d'entrée en détention. Plus de la moitié des personnes détenues ont déjà un antécédent de troubles psychiatriques, tandis qu'un entrant sur six a déjà été hospitalisé en psychiatrie. Les pathologies et troubles mentaux sont surreprésentés en milieu carcéral : une personne détenue sur 25 répond aux critères diagnostics de schizophrénie (soit quatre fois plus qu'en population générale), plus d'une personne détenue sur trois est atteinte de syndrome dépressif, une sur 10 est atteinte de dépression mélancolique à haut risque de suicide, une sur six a une phobie sociale, une sur trois une anxiété généralisée ;
- le taux de suicide des hommes majeurs détenus est sept fois supérieur à la moyenne nationale ;
- 80 % de la population carcérale fume quotidiennement du tabac en cellule, 31 % des entrants déclarent une consommation excessive d'alcool et près de 10 % des personnes détenues reçoivent quotidiennement un traitement de substitution aux opiacés ;
- une personne détenue sur 100 est séropositive au VIH et une sur vingt au virus de l'hépatite C, soit environ quatre fois plus qu'en population générale en France.

Il faut souligner que toutes ces données sont anormalement anciennes : les études générales datent de 2003 pour l'état de santé des entrants en détention, de 2004 pour la prévalence des troubles psychiatriques, de 2001 pour les handicaps et dépendances. Seule l'étude sur le VIH, le VHC et les traitements de substitution a été actualisée en 2010.

Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice dont la mission évalue l'application dans le présent rapport avait identifié cette carence et érigé l'amélioration des connaissances et le suivi épidémiologique en priorité. Un important travail préparatoire d'identification des enjeux et de méthodologie a été élaboré dans ce cadre par l'InVS mais la mission insiste aujourd'hui sur l'absolue nécessité, pour poursuivre une politique de santé pour les personnes détenues, de réaliser sans tarder ces études, à partir du scénario par étapes de surveillance épidémiologique proposé par l'InVS.

En revanche, en matière de connaissance de l'offre de soins existante, la création de l'Observatoire des structures de santé des détenus (OSSD) depuis 2010 permet un recueil, certes déclaratif, mais précieux pour corriger les inégalités et les manques dans l'offre de soins. Il doit être conforté.

La réforme de 1994 a changé la donne de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire et posé les jalons de la nécessaire coopération interministérielle

Depuis la réforme introduite par la loi du 18 janvier 1994, les personnes détenues doivent bénéficier d'une prise en charge sanitaire identique à celle proposée à l'ensemble de la population. En introduisant le droit commun de la santé et en confiant sa mise en œuvre au service public hospitalier en lieu et place de l'administration pénitentiaire, cette évolution profonde, au-delà de l'ambition du principe, nécessitait pour sa mise en œuvre que les deux administrations, que les deux cultures professionnelles aux objectifs et modalités d'actions parfois contradictoires, parviennent à travailler ensemble.

L'élaboration du Plan en 2010 a incontestablement contribué à maintenir l'impulsion originelle issue de la réforme de 1994 et du mouvement de renforcement des moyens qui s'en est suivi, dans les unités sanitaires des centres hospitaliers implantées dans les établissements pénitentiaires (USMP) puis avec la création de structures spécifiques au sein des centres hospitaliers dédiées à l'hospitalisation somatique (UHSI) et psychiatrique (UHSA) des personnes détenues.

Au-delà du Plan et de la coopération existante quotidiennement sur le terrain, la mission a tenu à souligner la montée en puissance du Défenseur des droits et la création du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, deux autorités administratives indépendantes dont les champs d'action intègrent l'accès aux soins des personnes détenues, qui participent, et c'est heureux, à la visibilité de ces enjeux dans le débat public. Surtout ils contribuent à la nécessaire mise sous tension de cette politique en contribuant de facto à son évaluation par leurs observations, critiques et recommandations. Compte-tenu de leur identification croissante par les personnes détenues comme une voie de recours sur leurs conditions de détention, il apparaît souhaitable de renforcer a minima la coordination entre ces deux instances.

Le pilotage et la coordination du Plan 2010-2014 ont été fragilisés

Le Plan, en ce qu'il a manifesté la volonté des pouvoirs publics, a été un instrument utile. Décliné par un guide méthodologique, véritable mode d'emploi à visée très opérationnelle et apprécié à ce titre par tous les acteurs, il a permis de mieux intégrer la santé des personnes détenues dans les circuits de droit commun.

Il convient toutefois d'emblée de lever une ambiguïté : ce Plan 2010-2014 n'est pas un Plan de santé publique doté d'objectifs sanitaires pour quantifier l'amélioration de l'état de santé de la population détenue. Il s'agit en fait d'un programme d'actions coordonnées pour les administrations concernées, dont les indicateurs sont des indicateurs de procédures permettant de suivre l'avancement des actions prévues. C'est la raison pour laquelle la mission propose qu'à l'avenir le terme de « **Programme d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice** » soit retenu.

Son pilotage n'a pas pu, après 2013, être maintenu au niveau exigé qui, par construction, demandait beaucoup d'énergie et de temps pour mettre en œuvre des actions entre deux ministères au fonctionnement différent, impliquant plusieurs directions d'administrations. Par nature, la déclinaison des actions du Plan nécessite une transversalité. Or, la diminution marquée, à partir de 2013, du nombre des réunions du COPIL du Plan, et la fin des regards croisés de fonctionnaires mis à disposition par les administrations concernées, ont fortement limité la réalité de l'animation.

Ainsi, si techniquement, l'ensemble des actions prévues par le Plan ont été à des degrés divers mises en œuvre, tant par des modifications réglementaires que par des financements ad hoc, aux niveaux régional et local, leur effectivité est restée « personne-dépendante » selon la disponibilité des responsables d'ARS, la capacité d'entraînement des référents « santé » des DISP et des ARS, et la bonne collaboration des équipes médicales et pénitentiaires dans les établissements pénitentiaires.

De fait, la mission a constaté des pratiques et un niveau de collaboration très différenciés suivant les régions et les établissements. Les commissions régionales Santé-Justice sont insuffisamment réunies et, au niveau des établissements, la réactualisation des protocoles-cadre, qui régissent les relations entre l'établissement pénitentiaire et le centre hospitalier de rattachement de l'USMP, a trop inégalement relancé la concertation. Ainsi l'instance principale, le comité de coordination entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital de rattachement, qui devrait se réunir annuellement, ne joue pas pleinement son rôle, faute d'outils d'alerte sur les procédures. C'est d'autant plus préjudiciable que certaines unités sanitaires, au-delà de la question des moyens, peuvent accuser des difficultés structurelles, parfois graves, liées à leur éloignement du CH de rattachement.

Pourtant, les sujets nécessitant une coordination et un dialogue quotidien et confiant sont nombreux à tous les niveaux, qu'il s'agisse notamment de l'organisation et de l'amplitude d'ouverture des USMP, de leurs moyens matériels et humains, de la correcte organisation des extractions médicales.

La mission recommande donc une « mise sous tension » du dispositif, et notamment que les instances de concertation et de coordination régionale, et surtout locale, prévues par les textes soient respectées dans les formes et dans leur esprit et que les objectifs des référents « santé » des DISP et des ARS soient mieux ciblés au moyen d'une lettre de mission impliquant le référent et sa direction.

Il conviendra, en outre, de renforcer la coordination entre l'autorité judiciaire et les professionnels de santé par la réunion systématique des commissions régionales santé/justice. La prise en charge sanitaire des personnes détenues, comme les questions relatives au partage de l'information, aux aménagements de peine pour raison médicale et à la mise en œuvre des suivis médicaux en rapport avec l'infraction dans le cadre de l'incitation aux soins en détention, pourront utilement être abordées au sein de cette instance.

L'offre de soins est très disparate et encore insuffisante

Incontestablement, un effort important de renforcement des moyens humains dans les unités sanitaires a été réalisé de 1997 à 2013, avec un doublement des effectifs du personnel de santé (de 1.345 ETP en 1997 à plus de 2.600 en 2013). Toutefois, dans le même temps, la population carcérale augmentait de 25 %. Mais en dépit de cet accroissement, d'importantes disparités et insuffisances dans l'offre de soins ont été constatées, liées d'abord à des difficultés de recrutement fortes pour plusieurs catégories de professionnels de santé. Ainsi, 22 % des postes de spécialistes budgétés ne sont pas pourvus et 15,5 % des postes budgétés de psychiatres ne sont pas pourvus, avec des effets de concentration dans certaines USMP : 50 % d'entre elles ne bénéficient de la présence d'un médecin psychiatre qu'au maximum 2 jours par semaine. Seules 12 unités sanitaires (USMP) indiquent couvrir à 100 % leurs postes de kinésithérapeutes, 18 ont recruté à moins de 50 % et 18 ont fonctionné en 2013 sans aucune présence de kinésithérapeute, pour lesquels au total environ 25 % des postes ne sont pas pourvus. Enfin pour les dentistes, 21 USMP ont fonctionné avec moins de 50 % de leurs postes budgétés, et la mission a pu constater l'absence totale de dentistes pendant plusieurs mois dans des USMP visitées.

Tant la démographie médicale dans certaines régions que la faible attractivité de l'exercice en prison (notamment l'éloignement géographique de certains établissements) expliquent les fortes disparités entre régions, avec des écarts constatés de 1 à 3, pouvant aller de 1 à 7 pour les infirmiers somatiques (sans que les enjeux de démographie médicale puissent expliquer ces disparités) et de 1 à 16 pour les kinésithérapeutes.

C'est pourquoi la mission a recommandé l'établissement d'un socle minimum de fonctionnement des USMP, pour estimer plus finement les besoins en offre de soins, en indiquant un taux minimum d'ETP à pourvoir selon la nature de l'établissement, permettant d'objectiver les fonctionnements dégradés et de corriger les disparités régionales.

Par ailleurs, les conditions matérielles de fonctionnement des USMP pâtissent de locaux qui demeurent globalement sous-dotés, singulièrement en maisons d'arrêt et centres pénitentiaires : les surfaces réelles sont 30 à 40 % inférieures en moyenne aux recommandations de l'ANAP. 20 établissements ont été identifiés comme prioritaires mais les travaux n'ont pas débuté faute de financement.

Au regard de ces difficultés, le développement de la télémedecine en milieu carcéral est nécessaire et pertinent mais ne saurait être qu'une modalité complémentaire d'accès aux soins. D'après un recensement effectué par la mission auprès de l'OSSD en 2013 dans les 173 USMP, 29 effectuent des consultations médicales à distance, 73 sont équipées d'un matériel de radiologie numérisé, et 50, soit 29 %, l'utilisent pour des examens d'imagerie à distance (télé-expertise).

L'ensemble des professionnels de santé ont insisté sur le fait qu'elle ne doit pas conduire à réduire des postes dans les USMP dans les spécialités déficitaires, eu égard à la difficulté de recruter. En outre, l'économie présumée de temps ou de nombre d'extractions médicales n'est pas systématique, surtout rapportée au coût d'investissement des équipements et de mise en œuvre des pratiques médicales, et une analyse fine est encore à effectuer pour préciser le cadre et les apports de la télémedecine en milieu pénitentiaire.

L'organisation de la permanence des soins (PDS) aux heures et jours de fermeture de l'USMP est une problématique qui concerne la totalité des établissements pénitentiaires. La mission a insisté sur les conséquences délicates liées à l'absence de personnel soignant les week-end et jours fériés, notamment pour la distribution des médicaments, réelle dans 16 USMP actuellement. Elle a également souligné les enjeux organisationnels liés à la prise en charge des urgences, singulièrement pendant les heures de fermeture des USMP, et la nécessité de garantir pour les personnes détenues la possibilité d'un contact avec le médecin régulateur du Centre 15.

En dépit d'une prise en charge de qualité et de la possibilité de prendre en charge toutes les affections qui touchent les personnes détenues (à l'exception de l'obstétrique), la mission a confirmé la faible utilisation de l'offre hospitalière en UHSI (8 unités pour 163 lits), avec un taux d'occupation de 59 % en 2014. Pour les chambres sécurisées, là aussi existe un faible taux d'occupation de moins de 20 %. Cette sous-utilisation s'explique en partie par les refus d'extraction de dernière minute des personnes détenues qui jugent les conditions d'hospitalisation en UHSI moins favorables (pas de cour de promenade, impossibilité de fumer, éloignement géographique rendant plus délicats les parloirs) Ces unités pourraient participer à la diversification de l'offre de soins, en renforçant l'offre de lits SSR, insuffisante aujourd'hui (37 lits au total sur les 2 pôles à recrutement national de Marseille et Paris).

En matière d'hospitalisation psychiatrique, la mission souligne le bilan positif de l'ouverture des UHSA qui plaide pour la poursuite du déploiement (initialement prévu avec 9 nouvelles unités pour 220 places en Métropole et 45 Outre-mer), lequel a connu un retard significatif, aucun choix d'implantation n'ayant été finalement opéré à ce jour. C'est d'autant plus indispensable que les conditions d'hospitalisations hors UHSA demeurent problématiques, effectuées dans le cadre de l'hospitalisation d'office (ASDRE) dans le CHS de rattachement, voire en unités pour malades difficiles (UMD), ce que la seule qualité de personne détenue ne justifie pas.

En dépit des progrès réalisés depuis 1994, des conditions dégradées, en termes de locaux et de personnels, et les enjeux de sécurité, notamment lors des extractions médicales, font que, de fait, le patient peut être amené à s'effacer derrière le détenu. Des tensions peuvent alors apparaître, en matière de respect du secret médical et de conciliation des exigences de sécurité et d'éthique de la prise en charge sanitaire.

Plusieurs orientations identifiées dans le Plan 2010-2014 doivent être amplifiées

En matière de prévention, le Plan a incontestablement posé les jalons d'une politique organisée en milieu carcéral qui doit être amplifiée à l'avenir. Un tiers des actions du Plan 2010-2014 étaient consacrées à la prévention. Il s'agit d'un champ large, dont les mesures d'amélioration médicale ont été bien identifiées mais dont la mise en œuvre est complexe et repose sur les interventions croisées des USMP, de partenaires extérieurs et de l'administration pénitentiaire, portées respectivement par les financements des ARS et des DISP.

Les actions d'éducation à la santé sont encadrées par un nombre toujours plus grand de comités de pilotage ad hoc en établissements pénitentiaires mais ne bénéficient qu'à peu de personnes détenues. Le Plan n'a pas été conçu à proprement parler pour rendre compte dans sa globalité de la partie hygiène de la prévention : l'hygiène corporelle et mentale, l'alimentation, la salubrité des conditions matérielles de détention relèvent de l'administration pénitentiaire.

Le Plan a irrigué cinq principales thématiques que sont les maladies infectieuses et l'éducation thérapeutique, le cancer, la sexualité, l'état bucco-dentaire et les addictions. Le dépistage de deux maladies infectieuses (tuberculose et VIH) a évolué favorablement. Un nouveau schéma vaccinal contre l'hépatite B a été validé par le HCSP en 2014.

La prévention des maladies non transmissibles (accès aux dépistages du cancer colorectal, des cancers féminins du col de l'utérus et du sein) est encore perfectible. Sur le plan de la sexualité, la politique sanitaire pilotée par le Plan, portant notamment sur la mise à disposition de préservatifs et de lubrifiants doit être généralisée. Les actions sur l'accompagnement de la sexualité des mineurs en détention et sur la prise en charge globale des rapports sexuels à risque de contamination virale ont pris du retard.

Sur le plan de l'état bucco-dentaire, l'insuffisance chronique du nombre de dentistes et d'assistants dentaires dans les USMP ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins dans des délais raisonnables, point qui n'a pas été amélioré par le Plan.

S'agissant des addictions, des travaux complexes restent à mener en vue d'une réduction des risques sanitaires liés à l'usage de stupéfiants, à mieux articuler et coordonner avec le plan d'actions 2015-2017 de la MILDECA. La mobilisation de l'ensemble des outils d'une politique de réduction des risques, y compris désormais l'échange de seringue, auquel la loi Santé en cours d'adoption par le Parlement offrira une base légale, doivent être mobilisés. Face au tabagisme massif en détention, si la cigarette électronique a été autorisée en 2014, l'accès à un encellulement non-fumeur ne peut être systématique à court terme, pour des raisons d'organisation. Pourtant, il est apparu nécessaire à la mission de fixer l'objectif de la reconnaissance d'un droit à un encellulement non-fumeur, ce qui requiert le fléchage de cellules, puis de quartiers non-fumeurs.

S'agissant de la prévention du suicide, alors même que le nombre de suicides en détention demeure élevé (91 pour les 10 premiers mois de 2015, contre 94 pour l'année 2014, 97 pour l'année 2013, 106 pour l'année 2012), les conclusions de la mission recourent celles de l'audit interne confié à l'IGSJ avec l'appui de l'IGAS et remises en septembre 2015, auxquelles la présente mission renvoie.

Des axes nouveaux devront être intégrés dans un futur Programme

La mission a identifié plusieurs thématiques qui gagneraient à figurer dans un prochain programme, pour bénéficier d'une impulsion nationale. La question de l'effectivité des *soins en rapport avec le motif de la condamnation* se pose avec acuité, au regard des difficultés précédemment évoquées d'accès aux soins psychiatriques. Un bilan de la mise en œuvre de l'incitation aux soins en détention, à l'égard des auteurs d'infractions sexuelles comme des autres personnes détenues susceptibles d'en relever, ainsi qu'une évaluation des besoins en la matière devront en particulier figurer dans le futur Programme. En outre, les enjeux- déjà repérés par la mission IGAS-IGSJ de 2001- de *la perte d'autonomie*, liée au vieillissement et/ou aux handicaps, et de la *fin de vie* sont insuffisamment pris en compte par les dispositifs de soins en prison.

L'affiliation à la protection sociale des personnes détenues doit être refondée

La mission appelle à tirer les conséquences des évolutions de la législation depuis 1994 dans le but de réformer la protection sociale des personnes détenues, la DAP n'acquittant les dépenses de santé (couvertures de base et complémentaire) que pour les personnes détenues initialement privées d'affiliation, ou la perdant en cours de détention.

En effet, il est constaté que si l'affiliation au régime général de la sécurité sociale à l'entrée en détention est obligatoire, elle n'est ni automatique ni fluide. Supposant le recueil d'informations administratives à transmettre à la CPAM du lieu de détention, la récupération de ces éléments et leur transmission soulèvent des difficultés opérationnelles récurrentes que les acteurs de terrain des deux administrations ont largement confirmées à la mission.

La mission invite à une remise à plat pour mieux asseoir les droits des personnes, pendant et après le temps de détention, en consolidant le maintien des couvertures de base et complémentaire préexistantes à l'entrée en détention, avec pour conséquence de recentrer les tâches administratives de l'administration pénitentiaire sur les personnes sans couverture sociale au moment de l'incarcération. De surcroît, ceci contribuera à faciliter la préparation à la sortie, notamment des personnes effectuant des courtes peines, dans la mesure où la plupart aura conservé l'affiliation qu'elles avaient avant la détention.

Le financement de l'offre de soins en faveur des personnes détenues demeure complexe et peu lisible

Pour financer la prise en charge de la santé des détenus, des crédits d'Etat de la DAP, 97 M€ en 2014, participent au financement de la couverture maladie de base des personnes détenues (versement à l'ACOSS). De plus, les DISP financent le reste à charge des dépenses de santé des détenus pour un montant annuel de 33,5 M€

Les dotations de l'assurance-maladie aux établissements de santé, via les ARS, en vue de la prise en charge somatique des personnes détenues sont les MIG qui ont vocation à financer l'activité des différentes structures de soins (USMP, UHSI, chambres sécurisées des hôpitaux), pour un total de 204,8 M€ en 2013. Toutefois, les dépenses déclarées par les établissements de santé, 235 M€, ne suivent pas forcément ces dotations MIG qui sont une construction indicative, et sont au demeurant complétées, pour une part croissante mais très inégale suivant les CH, par des recettes provenant de la tarification des actes (T2A), évaluées à 14 M€ en 2012.

Par ailleurs, une DAF finance les structures de soins psychiatriques, pour 59 M€ en 2013.

Face au manque de lisibilité des données financières et comptables et au développement de la T2A, la mission préconise de revoir les règles de calcul et les principes de mise en œuvre des MIG afin d'assurer une meilleure lisibilité dans le but de réduire les inégalités entre les unités de soins dédiées aux personnes détenues.

L'amélioration de l'accès aux soins hors détention doit aussi s'appuyer sur une meilleure organisation des extractions et sur le développement des aménagements de peine pour raisons médicales.

Les extractions médicales sont essentielles pour garantir l'accès à des soins qui ne peuvent être dispensés en établissement pénitentiaires et leur non réalisation peut entraîner une perte de chance pour la personne détenue. Sur les 50.000 extractions annuelles demandées en moyenne par le corps médical, l'administration pénitentiaire, qui en a la charge, n'en réalise qu'environ 80 %. La mission estime que le taux de réalisation des extractions doit être amélioré, ce qui suppose la mise en œuvre d'indicateurs de suivi et la définition d'objectifs au niveau des DISP. La mission a, en outre, relevé que l'usage des moyens de contrainte lors de ces extractions était très largement généralisé. Pour assurer des extractions dans des conditions plus compatibles avec le respect de la dignité des personnes et du secret médical, elle préconise une révision des instructions en la matière.

La charge des extractions, particulièrement lourde et coûteuse, pourrait être allégée par une utilisation plus large des permissions de sortie pour raison médicale d'une journée, qui peut être adaptée aux exigences à la fois de la réinsertion et de la sécurité (notamment lorsque la personne est en fin de peine ou bénéficie déjà par ailleurs de permissions de sortie). La mission préconise aussi de modifier la norme pour permettre l'octroi par le juge de permissions de sortie de plusieurs jours pour suivre des soins.

Lorsque le profil pénal de la personne détenue le permet, les aménagements de peine classiques, qui peuvent légalement être octroyés pour raison médicale, sont de la même façon de nature à garantir l'accès aux soins dans les meilleures conditions, alors qu'ils sont encore peu prononcés. De même, alors que le dispositif sur la suspension de peine et la libération pour raison médicale a été amélioré par la loi du 15 août 2014, son application demeure imparfaite. La mission approuve l'initiative prise par le ministère de la justice de rédaction d'un guide méthodologique en lien avec le ministère de la santé sur ces sujets et préconise la mise en œuvre d'une politique pénale sur les aménagements de peine pour raison médicale.

Les perspectives pour la structuration d'un futur Programme d'actions

Convaincue de l'intérêt d'actions programmées pour mobiliser les administrations et les professionnels concernés, la mission recommande l'adoption d'un Programme d'actions stratégiques. Son affichage interministériel doit être maintenu. La mission suggère de ne pas reprendre les actions qui ressortent de l'organisation usuelle des soins, pour reconduire un programme d'actions centré sur des mesures permettant l'amélioration des soins et leur adaptation aux nouveaux enjeux. Suivant la nature des actions, elles devront être pilotées par le ministère de la santé, en association avec le ministère de la justice ou co-pilotées par les deux ministères.

Les mesures transversales de ce « Programme d'actions » seraient les suivantes :

- l'amélioration effective de la connaissance de l'état de santé des personnes détenues et la construction progressive d'une surveillance épidémiologique ;
- la garantie de l'accès dans de bonnes conditions aux soins, somatiques et psychiatriques : mise à niveau des locaux des USMP, « socle minimum » des personnels permettant d'objectiver les USMP sous-dotées, soit par insuffisance de postes budgétés, soit par des difficultés de recrutement sur des postes budgétés, poursuite rapide du déploiement des UHSA, transformations de lits en SSR dans les UHSI, maintien de l'affiliation à la sécurité sociale et sécurisation des circuits de financement.

En outre, des axes thématiques doivent compléter ce socle, qu'il s'agisse d'axes déjà identifiés par le précédent Plan :

- la prévention : dépistage, éducation et promotion de la santé ;
- la prévention du suicide ;
- la lutte contre les addictions (toxicomanies, tabac, alcool) ;

ou de nouvelles orientations :

- les soins en rapport avec l'infraction pour laquelle la personne a été condamnée;
- la perte d'autonomie liée au vieillissement et aux handicaps ;
- la fin de vie.

Concomitamment, d'autres mesures de nature à faciliter l'accès aux soins sont à mettre en œuvre, ressortant du pilotage du ministère de la justice, telles la remise à plat des conditions des extractions médicales et l'extension des mesures de suspensions et aménagements de peine pour raison médicale.

Les comités interministériels « santé-justice » annuels permettraient d'évoquer à la fois l'avancement du Programme d'actions et l'état des travaux et décisions sur ces deux points facilitant l'accès aux soins hors de la prison.

Au total, un tel Programme d'actions a vocation à structurer une politique publique pérenne. Il n'a pas de terme calendaire mais fait l'objet d'une actualisation chaque année à l'occasion du comité interministériel « santé-justice ».

Sommaire

SYNTHESE.....	3
1 UNE POLITIQUE PUBLIQUE VOLONTARISTE D'ACCES AUX SOINS DES DETENUS A AMELIORE L'OFFRE MAIS N'A PAS SUFFI A CORRIGER DES INSUFFISANCES TENACES.....	19
1.1 DEPUIS 1994, UNE POLITIQUE VOLONTARISTE, NECESSAIREMENT INTERMINISTERIELLE, SOUTENUE A PARTIR DE 2010 PAR LE PLAN D'ACTIONN STRATEGIQUES ...	19
1.1.1 La réforme de 1994 a changé la donne de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire et posé les jalons de la nécessaire coopération interministérielle	19
1.1.2 Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des PPSMJ a été piloté par le ministère de la santé	19
1.1.2.1 Le Plan a été élaboré par le ministère de la santé, en lien avec le ministère de la justice	20
1.1.2.1 L'évaluation du Plan porte sur l'état d'avancement et de réalisation des actions retenues	20
1.1.3 Plusieurs dispositifs de garantie du droit à la santé pour les personnes détenues ont vu le jour mais gagneraient à être mieux articulés	21
1.1.3.1 Les personnes détenues disposent de plusieurs possibilités de saisine sur leurs conditions d'accès aux soins	22
1.1.3.2 Ces institutions, par leurs rapports publics, font progresser le respect des droits	23
1.1.3.3 A minima, une plus grande coordination est nécessaire.....	23
1.2 LA MISE EN ŒUVRE ET L'EVALUATION DU PLAN SE HEURTENT A UNE CONNAISSANCE DE L'ETAT DE SANTE DES PERSONNES DETENUES ENCORE INSUFFISANTE ET A DES DIFFICULTES RECURRENTES DANS LE PILOTAGE DES ACTIONS	24
1.2.1 La connaissance épidémiologique et le suivi de la santé des personnes détenues demeurent très lacunaires	24
1.2.1.1 Une absence préjudiciable d'actualisation des connaissances générales relatives à l'état de santé des personnes détenues et un défaut de suivi épidémiologique.....	24
1.2.1.2 La création de l'observatoire des structures de santé des détenus (OSSD) constitue une avancée à exploiter davantage.....	25
1.2.1.3 La mauvaise connaissance des conditions des décès en détention	26
1.2.2 Le pilotage et la gouvernance du Plan sont perfectibles à l'échelle nationale.....	27
1.2.2.1 Une impulsion nationale interministérielle demeure nécessaire pour maintenir une « mise en tension du dispositif ».....	27
1.2.2.2 Le ministère de la santé doit stabiliser une organisation efficiente.....	28
1.2.2.3 Le ministère de la justice doit rendre visible les efforts d'organisation mis en œuvre.....	29
1.2.3 Les outils régionaux ont peiné à se structurer pour décliner de manière opérationnelle les actions prévues par le Plan.....	30
1.2.3.1 Des commissions régionales Santé-Justice insuffisamment réunies par les ARS.....	30
1.2.4 Au niveau local, le travail partenarial s'est renforcé mais des obstacles doivent être levés	32
1.2.4.1 La réactualisation des protocoles-cadres, toujours en cours, a inégalement relancé la concertation	32
1.2.4.2 L'instance principale, le comité de coordination annuel entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital de rattachement, est insuffisamment réunie.....	32
1.2.4.3 Au sein des établissements pénitentiaires, malgré la permanence d'oppositions de principe, la commission pluridisciplinaire unique (CPU) est le lieu d'échanges, sans préjudice de rencontres informelles.....	33

1.3 TANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE QUE SOMATIQUE, EN DEPIT DE MOYENS RENFORCES, SOUFFRENT DE LACUNES IMPORTANTES.....	35
1.3.1 L'accès aux soins psychiatriques demeure problématique.....	35
1.3.1.1 L'ampleur des besoins se heurte à des carences dans le suivi médical en détention.....	35
1.3.1.2 L'offre en hospitalisation repose principalement mais pas exclusivement sur les UHSA	37
1.3.2 La prise en charge somatique se heurte à des difficultés récurrentes et préoccupantes, au sein des établissements pénitentiaires comme en hospitalisation	41
1.3.2.1 Des disparités préoccupantes entre USMP qui doivent être corrigées	41
1.3.2.2 L'accès à une hospitalisation pour des soins somatiques demeure perfectible.....	45
1.3.3 Des marges d'amélioration existent aussi dans le développement de la télémédecine et dans l'organisation de la permanence des soins et de la distribution des médicaments	48
1.3.3.1 Au regard de ces difficultés, le développement de la télémédecine en milieu carcéral est nécessaire et pertinent mais ne saurait être qu'une modalité complémentaire d'accès aux soins	48
1.3.3.2 L'organisation de la permanence des soins (PDS) aux heures et jours de fermeture de l'USMP est une problématique qui concerne la totalité des établissements pénitentiaires	50
1.3.4 En dépit d'un cadre réglementaire établi, l'organisation de la distribution des médicaments peut générer des détournements et doit tenir compte de situations spécifiques mal appréhendées actuellement.....	53
2 LES AXES POUR UN NOUVEAU PROGRAMME D'ACTIONS.....	56
2.1 DES ENJEUX POURTANT DEJA CLAIREMENT IDENTIFIES OU ABSENTS JUSQU'ALORS DU PLAN DOIVENT STRUCTURER LE PROCHAIN PROGRAMME D'ACTIONS	56
2.1.1 Le Plan a incontestablement posé les jalons d'une politique organisée de prévention en milieu carcéral.....	56
2.1.1.1 La prévention et la promotion de la santé ont été l'objet de plusieurs actions stratégiques du Plan 2010-2014.....	57
2.1.1.2 Des programmes d'éducation thérapeutique sont désormais possibles en milieu carcéral.....	59
2.1.1.3 La lutte contre les maladies transmissibles est au cœur du dispositif de prévention	59
2.1.1.5 Bien que prévues par le Plan, les actions en matière de sexualité n'ont été que partiellement mises en œuvre.....	63
2.1.1.6 L'examen bucco-dentaire à l'entrée en détention n'est pas assuré systématiquement.....	64
2.1.2 La prise en charge des addictions à l'épreuve d'un traitement de masse	65
2.1.2.1 Le Plan a mis l'accent sur le renforcement de la coordination des intervenants	65
2.1.2.2 Une prise en charge croissante des toxicomanies.....	66
2.1.2.3 Le Plan n'a pas abordé spécifiquement la question de l'alcoolisme.....	67
2.1.2.4 Le tabagisme est un enjeu de santé publique et pose un défi d'organisation en détention.....	68
2.1.3 Le suivi en détention d'un traitement en rapport avec l'infraction n'est pas généralisé.....	69
2.1.3.1 Une offre de soins inégale	69
2.1.3.2 Une coordination santé-justice insuffisante.....	70
2.1.3.3 Poursuivre la réflexion sur les soins en lien avec la condamnation	70
2.1.4 Un niveau encore élevé de suicides en prison.....	71
2.1.5 Les enjeux de la perte d'autonomie, liée au vieillissement et/ou aux handicaps, et de la fin de vie sont insuffisamment pris en compte par le dispositif de soins en prison	72
2.2 LES MODALITES DE COUVERTURE SOCIALE DES PERSONNES DETENUES SONT DEVENUES INADAPTEES. LA PREPARATION DE LA SORTIE DOIT ETRE RENFORCEE. LES CIRCUITS DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE SONT PEU LISIBLES	76
2.2.1 Le dispositif ad hoc de protection sociale des personnes détenues doit être refondé.....	76
2.2.1.1 Les étapes de l'affiliation manquent de fluidité.....	76
2.2.1.2 La suspension de la signature des conventions tripartites depuis 2013 illustre ces difficultés récurrentes.....	77
2.2.1.3 A la fin de la peine, deux périodes repérées de risques de perte de droits	77

2.2.1.4	Au-delà des évolutions en cours, le maintien des droits en détention doit devenir un objectif premier.....	78
2.2.2	Les objectifs du Plan 2010-2014 touchant à la préparation de la sortie ont été partiellement atteints mais des initiatives récentes dessinent des perspectives d'amélioration	80
2.2.2.1	Les objectifs des actions du Plan relatives à la préparation à la sortie ont été partiellement atteints	80
2.2.2.2	Des initiatives récentes dessinent des perspectives d'amélioration.....	81
2.2.3	Un financement tout aussi complexe et difficilement gérable pour les deux ministères	82
2.2.3.1	Un financement des dépenses de santé des personnes détenues mêlant deux logiques	82
2.2.3.2	Des circuits de facturation qui pèsent sur l'administration pénitentiaire.....	84
2.2.3.3	Des outils imprécis de suivi des délégations de crédits et des dépenses réelles.....	85
2.2.3.4	Des difficultés de gestion et de financement pour la DAP.....	87
2.3	DES PISTES D'AMELIORATION SIGNIFICATIVES DE L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DETENUES EXISTENT A COURT TERME EN FACILITANT L'ACCES AUX SOINS HORS DE LA PRISON	88
2.3.1	Les extractions médicales, un levier d'amélioration de l'organisation des soins aux personnes détenues.....	88
2.3.1.1	Le suivi des extractions médicales est parcellaire.....	89
2.3.1.2	Des mutualisations d'effectifs et de moyens ont été localement initiées mais elles ne font pas l'objet d'un retour d'expériences	90
2.3.1.3	Les extractions médicales font l'objet de pratiques sécuritaires systématisées malgré la réglementation en vigueur	91
2.3.1.4	Il convient de revoir la réglementation afin de garantir un usage individualisé des moyens de contrainte.....	92
2.3.2	Le nécessaire développement des aménagements de peine et de la suspension de peine pour raisons médicales	94
2.3.2.1	La suspension de peine pour raisons médicales : des outils de suivi statistique encore insuffisants et une procédure qui demeure imparfaitement connue, à fortiori pour troubles psychiatriques	94
2.3.2.2	Les aménagements de peine pour raisons médicales sont peu mis en œuvre.....	95
2.3.2.3	Développer des permissions de sortir pour raisons médicales.....	96
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	99
	LETTRE DE MISSION.....	103
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	105
	ANNEXE 1 : CONSTITUTION DU PANEL D'ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES VISITES PAR LA MISSION	115
	ANNEXE 2 : RECAPITULATIF DES ACTIONS DU PLAN 2010-2014	127
	ANNEXE 3 : L'ATTESTATION DELIVREE PAR LES MEDECINS DANS LE CADRE DE L'INCITATION AUX SOINS EN DETENTION.....	131
	ANNEXE 4 : L'AFFILIATION DES PERSONNES DETENUES : UNE AFFILIATION CONÇUE SUR UN MODELE UNIQUE	133
	ANNEXE 5 : LA PREPARATION A LA SORTIE DES PERSONNES DETENUES	139
	ANNEXE 6 : LES CREDITS RELATIFS A LA SANTE DES PERSONNES DETENUES	147
	ANNEXE 7 : LES EXTRACTIONS MEDICALES.....	153

ANNEXE 8 : APPLICATION DES NOUVELLES DISPOSITIONS DE LA LOI DU 15 AOUT 2014 SUR LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF PSYCHIATRIQUE.....	161
PIECE-JOINTE N°1 L'ETAT DE SANTE DES PERSONNES DETENUES.....	163
PIECE-JOINTE N°2 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ARS.....	167
PIECE-JOINTE N°3 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DISP.....	171
SIGLES UTILISES	175

INTRODUCTION

- [1] Par lettre de mission du 25 mars 2015, la ministre de la justice et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ont saisi conjointement l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) afin d'évaluer le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) et plus généralement l'accès des personnes détenues à la santé et aux droits sociaux.
- [2] L'évaluation conduite a pour objet :
- d'identifier les évolutions de la prise en charge sanitaire de la population placée sous main de justice depuis la situation constatée dans le rapport IGSJ/IGAS de juin 2001 ;
 - d'apprécier l'impact des moyens mis en œuvre par le Plan sur l'évolution de la prise en charge sanitaire ;
 - d'évaluer plus particulièrement la qualité des partenariats des acteurs institutionnels concernés par la santé des PPSMJ alors que le rapport précédemment évoqué mettait en évidence d'importants freins à la coopération entre la santé et la justice ;
 - de se prononcer sur la pertinence d'un nouveau plan d'actions stratégiques et d'en proposer les grandes lignes.
- [3] Ainsi, la mission a dû apprécier la réalisation du plan d'actions mais aussi interroger la pertinence d'un nouveau Plan au regard des évolutions législatives et réglementaires, de l'évolution de la population carcérale et des conditions de sa prise en charge.
- [4] La mission a conduit ses travaux en concertation avec des missions concomitantes, sur la prévention du suicide (mission d'audit interne IGSJ avec appui de l'IGAS) et sur la préparation à la sortie des PPSMJ (mission MAP IGAS/IGSJ/IGF d'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire par l'autorité judiciaire).
- [5] La mission, composée de Jérôme Guedj et de Christine Branchu pour l'IGAS, de Sandrine Zientara et Maxime De Blasi pour l'IGSJ et de Frédéric Lopez pour l'inspection des services pénitentiaires, s'est déroulée entre la mi avril et le mois d'octobre 2015. En l'absence de médecin issu de l'IGAS, les constats portent sur l'évaluation de l'organisation de la mise en place et non sur la nature des soins dispensés, tant somatiques que psychiatriques. Samuel d'Almeida, interne de médecine (spécialisation santé publique et médecine sociale), a rejoint la mission en tant que stagiaire à l'IGAS.
- [6] Le temps imparti n'a pas permis de développer une réflexion sur les spécificités des départements et territoires d'Outre-mer alors même qu'un récent rapport de la Cour des comptes¹ en a souligné l'importance et la gravité.

¹ La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République, annexe n°16 « L'accès à la santé des personnes détenues », Cour des Comptes, juin 2014.

➤ Présentation et spécificités des PPSMJ

- [7] L'expression « personnes placées sous main de justice » (PPSMJ) auquel fait référence le Plan 2010-2014 désigne les personnes qui, à la suite d'une décision de justice, sont prises en charge par l'administration pénitentiaire, soit qu'elles sont incarcérées, soit qu'elles font l'objet d'une mesure d'aménagement de peine², soit que, placées en milieu ouvert, elles font l'objet d'une peine alternative à l'incarcération. Au 1^{er} janvier 2015, elles étaient au nombre de 249.298.
- [8] Parmi les PPSMJ, les personnes détenues et écrouées dans l'un des 188 établissements pénitentiaires sont au nombre de 66.270. En outre, 11.021 sont écrouées et non hébergées (placement sous surveillance électronique). Si le Plan 2010-2014 concerne les PPSMJ dans leur ensemble, 172.007 PPSMJ placées en milieu ouvert ont accès à la médecine de ville et n'étaient par conséquent que très peu concernées par les mesures du Plan qui portaient essentiellement sur l'accès aux soins en détention³. De ce fait, la mission s'est concentrée sur l'accès aux soins des personnes écrouées et détenues en établissements pénitentiaires.
- [9] Au 1^{er} janvier 2015, pour 66.270 personnes écrouées et détenues, le nombre de places disponibles était de 58.054, dans 49.681 cellules.
- [10] Les caractéristiques de cette population montrent sa spécificité. Les hommes représentent 96 %. Le public mineur est très minoritaire avec 1,1 %. L'âge moyen de la population détenue, 34,6 ans, est nettement plus jeune que la moyenne nationale (40,9 ans).
- [11] Elle se caractérise également par une concentration de difficultés sociales. En 2011, 49 % des personnes détenues étaient sans diplôme, 80 % avaient le niveau CAP, 29 % étaient issues de cursus courts, 12 % étaient en situation d'illettrisme.
- [12] 25 % des personnes détenues écrouées sont des prévenus, en attente de jugement, placées en détention en maisons d'arrêt pour une durée moyenne de 4,2 mois. Concernant les personnes détenues condamnées, la durée moyenne de détention était de 11,5 mois en 2013 : 65,3 % sont condamnées à une peine inférieure à trois ans. 6.858 personnes sont condamnées à une peine entre trois et cinq ans, 13.902 à une peine supérieure à cinq ans dont 5.401 à plus de 10 ans, 1.977 à plus de 20 ans et 482 à la perpétuité.
- Les enjeux de santé sont très présents en détention
- [13] Si un examen médical d'entrée est organisé pour l'ensemble des personnes détenues, l'organisation ultérieure de leur prise en charge doit donc intégrer deux caractéristiques : la forte rotation d'une partie de la population carcérale, spécifiquement en maisons d'arrêt, combinée aux incertitudes sur la connaissance de la durée de détention et de la date de sortie au moment de la mise sous écrou, particulièrement pour les prévenus qui représentent le quart de la population carcérale.
- [14] Concernant l'état de santé, d'après des données recueillies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2003 (données déjà anciennes, c'est l'une des faiblesses du Plan sur laquelle la mission insiste), huit entrants sur dix présentaient un bon état général lors de l'examen médical d'entrée en détention. Six entrants sur dix déclaraient avoir eu recours au système de soins dans les douze derniers mois, soit une consommation de soins moindre que la population générale.

² Les mesures d'aménagement de peine sont : la semi-liberté, le placement à l'extérieur, le placement sous surveillance électronique et la libération conditionnelle.

³ Leur affiliation n'est pas impactée par la décision de justice. Pour les autres, relevant de l'affiliation spécifique aux personnes détenues, qui temporairement ou définitivement, passent du milieu fermé au milieu ouvert, le Plan leur a consacré une action n°14.1.

- [15] La population carcérale déclare beaucoup plus de consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, produits illicites, médicaments à effets psychotropes ou de substitution) que la population générale. En outre, un quart des personnes détenues en fait une poly consommation. Les addictions sont courantes, 80 % de la population carcérale fume quotidiennement du tabac en cellule et près de 10 % reçoit quotidiennement un traitement de substitution aux opiacés.
- [16] Plus de la moitié des personnes détenues ont déjà un antécédent de troubles psychiatriques, tandis qu'un entrant sur six a déjà été hospitalisé en psychiatrie. Les pathologies et troubles mentaux sont surreprésentés en milieu carcéral : une personne détenue sur vingt-cinq répond aux critères diagnostics de schizophrénie, plus d'une personne détenue sur trois est atteinte de syndrome dépressif, une sur dix est atteinte de dépression mélancolique à haut risque de suicide.
- [17] Les troubles anxieux touchent également un grand nombre de personnes détenues : une sur six a une phobie sociale, une sur trois une anxiété généralisée pour laquelle elle est susceptible de recevoir des tranquillisants et somnifères.
- [18] Enfin, en matière de maladies transmissibles, une personne détenue sur cent est séropositive au VIH et une sur vingt au virus de l'hépatite C, soit environ quatre fois plus qu'en population générale en France. Pour une présentation détaillée de ces données, réalisée par la Direction générale de la Santé (DGS) en mai 2015 dans le cadre du bilan du Plan, voir la pièce-jointe n° 1.
- **Méthode de travail retenue à l'échelon national :**
- [19] L'évaluation s'est appuyée sur des entretiens conduits auprès des responsables des administrations, organismes publics ou agences, pilotes, co-pilotes ou partenaires associés du Plan Santé 2010-2014, des autorités administratives indépendantes ayant vocation à intervenir en milieu carcéral, des associations de défense des droits des personnes détenues, d'organisations professionnelles, syndicales ou associatives.
- **Méthode retenue à l'échelon régional :**
- [20] L'animation et la déclinaison du Plan, et plus généralement l'articulation à l'échelon régional des politiques des directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) et des agences régionales de santé (ARS), ont été évaluées par deux questionnaires adressés, d'une part aux référents « santé des détenus » des DISP, y compris la Mission Outre-Mer (pièce jointe n° 2) et, d'autre part aux référents « santé des détenus » des ARS, y compris ceux des départements d'Outre-Mer (pièce jointe n° 3). Il est à noter que toutes les DISP et toutes les ARS ont répondu aux questionnaires. Ainsi, la mission a-t-elle pu obtenir une large vision du rôle de ces référents, de leurs propositions d'amélioration et de bonnes pratiques régionales qui pourraient être mises en valeur.
- [21] Lors des déplacements dans les établissements pénitentiaires, des entretiens ont été menés avec des responsables de DISP et d'ARS ainsi qu'avec les référents qui ont été conviés à participer aux différentes visites de sites et aux entretiens conduits avec les équipes médicales et pénitentiaires. Ceci a permis le croisement et le partage des informations recueillies.
- [22] Enfin, les référents ARS et DISP, la direction de projet du Plan et les responsables des administrations centrales concernées ont été réunis à Paris par la mission le 9 juillet 2015. Cette rencontre d'une journée a permis, à partir des premiers constats formulés à l'issue des déplacements et de l'exploitation des questionnaires, de recueillir l'avis et l'expertise de l'ensemble des acteurs sur l'intérêt et les problématiques d'un nouveau plan « santé des personnes détenues ».

➤ **Méthode retenue à l'échelon local :**

- [23] La méthode s'est appuyée sur la constitution d'un panel représentatif d'établissements pénitentiaires à visiter et des structures de soins des établissements de santé de rattachement : unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), services médico-psychologiques régionaux (SMPR), unités hospitalières spécialisées interrégionales (UHSI), unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).
- [24] Pour la constitution de ce panel et les caractéristiques des établissements visités, tant sur le plan carcéral que sanitaire, voir l'annexe n° 1.
- [25] La mission s'est entretenue avec les professionnels de santé, l'administration pénitentiaire, les directions hospitalières et, dans certains cas, avec des magistrats de l'exécution et de l'application des peines.
- [26] Des groupes de discussion ont été organisés avec les équipes médicales des USMP, dans deux cas en présence de professionnels pénitentiaires ou de magistrats. Des entretiens ont pu avoir lieu avec des personnes détenues choisies aléatoirement lors des visites, en cellules ou dans les structures de soins.

1 UNE POLITIQUE PUBLIQUE VOLONTARISTE D'ACCES AUX SOINS DES DETENUS A AMELIORE L'OFFRE MAIS N'A PAS SUFFI A CORRIGER DES INSUFFISANCES TENACES

1.1 Depuis 1994, une politique volontariste, nécessairement interministérielle, soutenue à partir de 2010 par le Plan d'actions stratégiques

[27] Ces deux dernières décennies, les droits des personnes détenues ont été renforcés tant dans le domaine de l'accès à la santé que, plus généralement, dans les possibles recours institutionnels.

1.1.1 La réforme de 1994 a changé la donne de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire et posé les jalons de la nécessaire coopération interministérielle

[28] En 1993, au regard de la gravité des pathologies en prison, le HCSP (Haut conseil de la santé publique) avait souligné la nécessité d'engager une réforme en profondeur et préconisé d'intégrer l'organisation des soins des personnes détenues, jusqu'alors de la compétence de l'administration pénitentiaire, dans la politique générale de santé publique.

[29] La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a alors radicalement modifié l'organisation des soins pour les personnes incarcérées et posé les deux principes de base qui fondent toujours, vingt ans plus tard, la prise en charge de la santé des personnes détenues :

- Le service public hospitalier assure « Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier » (article L.6112-1 du Code de santé publique) ;
- Les détenus sont obligatoirement affiliés au régime général de la sécurité sociale : « Les personnes détenues sont affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération. ». (article L.381-30-1 du Code la sécurité sociale).

[30] En 2009, la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 est venue préciser, dans l'article 46, que « *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.* ».

[31] Ce changement de grande envergure a nécessité une mise en œuvre et un suivi régulier par les deux ministères, donnant à cette politique publique une dimension interministérielle prononcée, qui en fait sa spécificité mais pose toujours des difficultés.

1.1.2 Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des PPSMJ a été piloté par le ministère de la santé

[32] Pour donner une nouvelle impulsion à la politique de santé pour les personnes détenues, le ministère de la santé a pris l'initiative, en 2010, de concevoir et de piloter un Plan de santé publique. Le ministère de la justice a été associé dans ce cadre strict qui a été constamment réaffirmé par le ministère de la santé, tant au niveau national que territorial.

1.1.2.1 Le Plan a été élaboré par le ministère de la santé, en lien avec le ministère de la justice

- [33] Le Plan « Santé des détenus » concernait 106 maisons d'arrêt et centres pénitentiaires dont le taux d'occupation était en 2010 en moyenne de 122 %, ainsi que 87 établissements pour peine et 6 établissements pour mineurs.
- [34] Il a été décliné en 18 mesures et en 38 actions organisées autour de six axes :
- Connaissance de l'état de santé : améliorer la connaissance de la santé des personnes détenues permettant d'adapter les politiques de soins à mettre en place ;
 - Prévention et promotion de la santé : renforcer la prévention et la promotion de la santé au bénéfice de cette population en tenant compte de ses caractéristiques particulières ;
 - Accès aux soins : garantir à chaque personne détenue le même accès aux soins que pour la population générale ;
 - Dispositifs de protection sociale : assurer un accès aux droits sociaux conforme à la réglementation ;
 - Formation adaptée pour tous les professionnels ;
 - Hygiène, sécurité et salubrité des établissements pénitentiaires : s'assurer du respect des normes et règlements.
- [35] Après discussion avec la direction de l'administration pénitentiaire, au sein de ces six axes, la priorité affichée a été donnée à cinq mesures :
- Le renforcement d'une politique de prévention du suicide ;
 - Le développement des actions d'éducation et de promotion de la santé ;
 - L'accessibilité des personnes détenues à des soins en santé mentale ;
 - L'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires ;
 - La définition des modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagements de peine.
- [36] La grande majorité des actions qui composent le Plan sont sous la responsabilité de la DGS et de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS). La direction de l'administration pénitentiaire (DAP) est copilote de cinq actions, la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) d'une action. Le détail de ces actions et des responsables désignés est présenté en annexe n° 2.
- [37] Sur le plan opérationnel, le suivi du pilotage du plan a été confié à une direction de projet « santé des détenus » rattachée dans un premier temps à la DGOS, puis à la DGS à compter de janvier 2014.

1.1.2.1 L'évaluation du Plan porte sur l'état d'avancement et de réalisation des actions retenues

- [38] En septembre 2012, le HCSP, saisi par la DGS et la DGOS a proposé, en l'absence d'outils d'évaluation des actions du Plan prévus ex ante, le recours à une évaluation externe. Le comité interministériel Santé-Justice, réuni le 19 mars 2014, s'est prononcé pour une mission d'évaluation conjointe IGAS-IGSJ.

- [39] La mission ne peut à son tour que constater l'absence d'indicateurs appropriés et de données d'évaluation dans les fiches action du Plan. Toutefois, pour la DGS, l'évaluation du Plan a consisté à coordonner un travail de suivi de la mise en œuvre des différentes actions en décrivant les mesures prises au fil des années. Ainsi, cette direction a pu porter une appréciation sur l'avancement et le calendrier des mesures mises en œuvre par chacune des administrations du ministère de la santé concernées en application du Plan.
- [40] Pour chacune des 38 actions, l'appréciation a été cotée en trois niveaux : « *satisfaisant* », « *perfectible* », « *insuffisant* ».
- Pour l'axe 1 « Connaissance de l'état de santé », la cotation retenue se situe entre « *perfectible* » et « *satisfaisant* » ;
 - Pour l'axe 2 « Prévention et promotion de la santé » la cotation retenue se situe entre « *perfectible* » et « *satisfaisant* » ;
 - Pour l'axe 3 « Accès aux soins » la cotation retenue est « *perfectible* » ;
 - Pour l'axe 4 « Dispositifs de protection sociale » la cotation retenue est « *perfectible* » ;
 - Pour l'axe 5 « Formation adaptée pour tous les professionnels » la cotation retenue est « *perfectible* » ;
 - Pour l'axe 6 « Hygiène, sécurité et salubrité des établissements pénitentiaires », il n'y a pas de cotation car une action a été fusionnée et l'autre supprimée (« *expertiser les recommandations des rapports d'inspections de 2010-2011* »).
- [41] L'appréciation portée sur le degré de réalisation par les administrations est étayée et reflète l'état d'avancement des actions, tel que la mission a pu le constater. Une fois achevé, ce document a été soumis aux directions du ministère de la justice concernées. Toutefois, l'évaluation administrative, ainsi conçue et réalisée, qui exige une mobilisation des administrations pour évaluer la procédure de mise en œuvre des moyens et de l'organisation des soins, ne permet pas de déterminer les résultats de ce plan sur l'état de santé des personnes détenues.
- [42] En effet, ce plan n'est pas à proprement parler un plan de santé publique, doté d'indicateurs d'impact ex ante (modification de l'incidence ou de la prévalence de telle pathologie pour telle sous-population). Il s'agit davantage d'un programme d'actions coordonnées doté, comme le soulignait le HCSP, « *d'indicateurs de procédure (nombre de questionnaires, complétude de renseignement des questionnaires, qualité des données recueillies, nombre de réunions tenues, nombre de participants à une action, nombre de réponses, nombre d'interventions ou pourcentage de dépistages effectués)* », permettant de suivre l'état d'avancement de chaque action.
- [43] La mission a pris connaissance de l'état des lieux tel que réalisé par la DGS en septembre 2015 avant sa transmission à la direction de l'administration pénitentiaire et sa présentation au comité interministériel santé- justice prévue au printemps 2016.
- [44] Pour sa part, la mission s'est efforcée de dresser un bilan qualitatif ou d'objectiver une appréciation sur l'ensemble de la mise en œuvre du Plan, à l'occasion de l'évaluation plus globale qu'elle a conduite sur la prise en charge de la santé des personnes détenues.

1.1.3 Plusieurs dispositifs de garantie du droit à la santé pour les personnes détenues ont vu le jour mais gagneraient à être mieux articulés

- [45] Parallèlement aux actions menées dans le cadre du Plan, des dispositifs de contrôle, tant internes qu'externes, ont été mis en place pour répondre aux contraintes dans l'accès aux soins liées à l'incarcération (absence de libre choix du médecin, respect du secret médical et de la dignité...). S'ils ne sont pas directement parties prenantes du Plan, ni dans sa conception, ni dans sa mise en œuvre, ces acteurs du droit à la santé des personnes détenues jouent un rôle croissant.

1.1.3.1 Les personnes détenues disposent de plusieurs possibilités de saisine sur leurs conditions d'accès aux soins

- [46] En application des dispositions de l'article D.348-1 du Code de procédure pénale, les personnes détenues peuvent correspondre sous pli fermé, d'une part avec les autorités administratives indépendantes, le Contrôleur général des lieux privatifs de liberté (CGLPL) et le Défenseur des droits (DDD) et, d'autre part, avec l'IGAS.
- [47] Le CGLPL, institué par la loi du 30 octobre 2007, assure un contrôle extérieur des établissements pénitentiaires (EP). Lors des inspections qu'il réalise, la question de l'accès aux soins est systématiquement analysée par les équipes du CGLPL, toujours composées d'au moins un membre du corps médical.
- [48] En outre, selon le rapport d'activité 2014 du CGLPL, de janvier à novembre 2014, 3.441 requêtes formulées par des personnes détenues ont concerné des EP dont 9,4 % étaient relatives à l'accès aux soins, soit l'un des trois principaux motifs de saisine du CGLPL. Les délais d'instruction des requêtes sont d'environ 9 mois.
- [49] Pour sa part, le pôle Santé du Défenseur des Droits traite une quarantaine de plaintes par an sur 950 saisines au total, auxquelles s'ajoutent les plaintes -non quantifiées- reçues par près de 400 délégués répartis sur l'ensemble du territoire national.
- [50] L'IGAS est également destinataire de courriers de personnes détenues, ou de leur famille, au titre de la mission confiée par l'article D.348-1 du code de procédure pénale : 140 courriers de personnes détenues ont été reçus au cours de l'année 2013, soit une hausse de 15 % par rapport à l'année antérieure. Ce chiffre s'est maintenu en 2014. La plupart des plaintes sont par la suite instruites par les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) des ARS mais certaines donnent lieu à l'intervention de l'inspecteur général chargé de la mission santé pénitentiaire. 75 de ces courriers ont été transmis aux ARS en 2013 et 90 en 2014, tandis que les autres sont adressés le plus souvent à l'administration pénitentiaire.
- [51] Enfin, l'association de défense des droits des personnes détenues, l'observatoire international des prisons (OIP), a reçu 5.249 sollicitations de détenus ou de leurs proches en 2014 (soit deux fois plus que l'année précédente) dont 14 % relatives à la santé. L'association adresse les courriers qu'elle reçoit au DDD ou au CGLPL ou sollicite les établissements pénitentiaires, les médecins des USMP et, le cas échéant, les ARS.
- [52] En parallèle au recours à ces autorités ou à cette association, les personnes détenues peuvent saisir selon les voies classiques, les juridictions administratives ou judiciaires.
- [53] D'après le bureau PMJ4 de la DAP⁴, qui traite du contentieux des détenus devant les juridictions administratives, environ une dizaine de recours par an en moyenne concernent un problème de santé. En 2015, l'Etat a été condamné à deux reprises en réparation du préjudice causé par le décès d'une personne détenue, en raison d'une violation de l'obligation de secours dans un cas, et du dysfonctionnement dans l'organisation et le fonctionnement du suivi médical dans l'autre⁵. Concernant les suicides en détention, l'Etat a été condamné à cinq reprises en 2015.

⁴ Bureau M4 dans le nouvel organigramme de septembre 2015.

⁵ TA Grenoble 29 janvier 2015 n° 1202612 et TA Lyon 7 avril 2015 n° 1301742, pour des décès survenus en 2008 et 2012.

- [54] Les juridictions de l'ordre judiciaire doivent, quant à elles, contrôler la compatibilité de l'état de santé avec le maintien en détention. En effet, selon la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme, si la détention d'une personne malade ne constitue pas, en soi, un traitement inhumain ou dégradant, la violation de l'article 3 de la Convention peut être retenue si le maintien en détention est de nature à compromettre gravement la santé de la personne détenue, en raison soit de l'évolution inéluctable de la maladie, soit des difficultés d'y apporter des soins adaptés. La chambre criminelle de la Cour de cassation vérifie à cet égard que les juges du fond ont bien procédé à un examen in concreto des conditions de détention et d'accès aux soins⁶.

1.1.3.2 Ces institutions, par leurs rapports publics, font progresser le respect des droits

- [55] Des avis réguliers du CGLPL, adressés au garde des sceaux et publiés au JORF, ainsi que les rapports d'activité annuels traitent en particulier des questions de santé. Le dernier avis, en date du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé⁷ soulignait des problèmes restant à résoudre.

- [56] Pour sa part, le DDD, a publié un bilan de son action auprès des personnes détenues sur la période 2000-2013, qui porte également sur les questions de santé.

- [57] Ces deux autorités contribuent à sensibiliser l'opinion publique sur ces problématiques.

1.1.3.3 A minima, une plus grande coordination est nécessaire

- [58] Dans le traitement des plaintes individuelles des personnes détenues, les rôles respectifs du CGLPL, du DDD et de la mission pénitentiaire de l'IGAS, ne sont pas suffisamment articulés dans les textes et dans la pratique. Il en découle que les personnes détenues s'adressent aux uns et aux autres indifféremment, conduisant potentiellement à une déperdition de moyens, voire des contradictions dans les réponses apportées.

- [59] En particulier, cette absence d'organisation ne permet pas de croiser suffisamment l'information sur d'éventuelles défaillances, aux fins d'analyser les difficultés récurrentes, locales ou d'ordre plus général, et de dégager des axes d'amélioration et des bonnes pratiques des politiques publiques.

- [60] Le CGLPL et le DDD ont indiqué travailler à la rédaction d'une convention visant à préciser les contours de leur intervention, notamment dans le domaine de la santé. Ceci est de nature à favoriser la nécessaire synergie entre ces autorités.

⁶ Crim, 02 septembre 2009, Bull n°149 ; Crim 07 janvier 2009, N°08-83.364 ; Crim 25 novembre 2009, Bull n°197.

⁷ www.cglpl.fr/.../avis-relatif-a-la-prise-en-charge-des-personnes-detenu.

1.2 La mise en œuvre et l'évaluation du Plan se heurtent à une connaissance de l'état de santé des personnes détenues encore insuffisante et à des difficultés récurrentes dans le pilotage des actions

1.2.1 La connaissance épidémiologique et le suivi de la santé des personnes détenues demeurent très lacunaires

1.2.1.1 Une absence préjudiciable d'actualisation des connaissances générales relatives à l'état de santé des personnes détenues et un défaut de suivi épidémiologique

[61] Ce constat était connu au moment de l'élaboration du Plan 2010-2014 : les données relatives à la santé des personnes détenues sont anciennes et peu actualisées. L'essentiel des données utilisées encore aujourd'hui s'appuient sur les travaux de la DREES sur la santé générale des entrants en 1999, renouvelée en 2003 et sur la santé psychiatrique en 2001, sur l'enquête HID-prison sur les handicaps, les incapacités et les dépendances réalisée également en 2001, sur l'enquête Cemka-Eval sur la prévalence des troubles psychiatriques réalisée en 2004, sur la plus récente enquête Prevacar portant sur le VIH, le VHC et l'usage des traitements de substitution aux opiacés réalisée en 2010. Ainsi, les pathologies non transmissibles ne sont plus documentées depuis 13 ans, et depuis 11 ans sur le volet psychiatrique.

[62] Toutefois, des enquêtes ponctuelles ont été réalisées au niveau local de manière à répondre aux projets des ARS ou d'établissements de santé⁸. Elles restent toutefois peu diffusées.

[63] En l'absence d'études générales actualisées, le Plan 2010-2014 avait identifié comme première action la nécessité de « *mettre en place un système national d'informations stratégiques permettant le pilotage des politiques mises en œuvre et intégrant des données d'activités et un suivi épidémiologique de la santé des personnes détenues* » (action 1.1).

[64] Sous l'égide de l'InVS, un important travail d'identification des enjeux a été réalisé. Trois rapports ont été publiés :

- Etat des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger, juin 2014 ;
- Dispositif de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger, juin 2014 ;
- Etude de faisabilité sur l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral, septembre 2014.

[65] Ces études ont débouché sur un rapport transmis au comité de pilotage du Plan (COFIL) en août 2014 et publié en juillet 2015 « *Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues – synthèse des connaissances et recommandations* ». Leurs conclusions doivent être mises en œuvre sans tarder : ce pré-requis d'hier constitue aujourd'hui une priorité pour la poursuite d'une politique coordonnée de santé des personnes détenues car il permet d'identifier l'acuité des besoins.

⁸ A l'instar de l'étude réalisée par l'ARS Picardie sur la santé des détenus : http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/detenu/Plaq_prison_2012.pdf

Recommandation n°1: Mettre en œuvre par étapes sur cinq ans le scénario proposé par l'InVS, de surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées :

- Dès maintenant, réalisation d'enquêtes multithématiques régulières, tous les cinq ans minimum, dix ans maximum, sur la population entrant en détention et celle en détention ;
- Inclure un volet « milieu carcéral » dans les grandes enquêtes nationales « santé » ;
- Prévoir une enquête spécifique pour la santé mentale ;
- A terme, mettre en place un suivi épidémiologique, lequel requiert comme préalable la généralisation de l'informatisation des unités sanitaires et l'interopérabilité des systèmes de santé.

1.2.1.2 La création de l'observatoire des structures de santé des détenus (OSSD) constitue une avancée à exploiter davantage

- [66] Si la connaissance de l'état de santé des personnes détenues demeure parcellaire et le suivi épidémiologique insuffisant, la connaissance de l'offre de soins s'est, elle, rapidement structurée grâce à la création d'un observatoire des structures de santé des détenus (OSSD) en juillet 2010 (action 1.2 du Plan). L'OSSD est un outil spécifique de suivi de l'activité des structures de santé dédiées aux personnes détenues, géré par la DGOS. Il propose une interface en ligne permettant un accès sécurisé aux rapports d'activité des USMP, UHSI et UHSA pour l'année N-1.
- [67] Si le taux de retour du questionnaire est élevé (près de 100 % en 2012), les items sont inégalement remplis.
- [68] L'ensemble des données recueillies sont déclaratives, sans qu'il soit toujours possible de connaître précisément les conditions du recueil, ni la fonction de la personne qui valide avant l'envoi. Ainsi, les données ne peuvent pas être exploitées comme elles le pourraient et le mériteraient.
- [69] Pour maintenir un taux de remplissage satisfaisant sur toutes les sections, dans la mesure où des activités sont déléguées par convention à des partenaires extérieurs, la mission pose la question d'y étendre un cahier des charges qui préciserait les modalités de validation des données transmises par les unités sanitaires ou leurs hôpitaux de rattachement. Afin d'améliorer encore l'utilité de l'OSSD, la DGOS doit veiller à retourner dans les meilleurs délais au cours de l'année N+1 aux professionnels concernés la synthèse annuelle de l'exploitation des données.
- [70] En plus des synthèses annuelles, l'OSSD a effectué des états des lieux ponctuels et utiles pour le suivi du Plan :
- Un état des lieux sur la prévention du suicide en milieu carcéral, selon l'action 1.3 du Plan, d'après des données recueillies en 2011-2012 ;
 - Un état des lieux sur le dépistage des cancers féminins publié en 2013, d'après des données recueillies en 2013 ;
 - Un état des lieux sur des locaux des unités sanitaires publié en 2014, d'après des données de 2013 ;
 - Un état des lieux sur le dépistage de la tuberculose en milieu carcéral publié en 2014, d'après des données de 2010, 2011 et 2012 ;
 - Un état des lieux sur la prescription des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral publié en mai 2015, d'après des données de 2011 et 2012 ;
 - Un état des lieux sur la prescription des traitements de substitution nicotinique (TSN) en milieu carcéral publié en avril 2015, d'après des données de 2011 et 2012.

1.2.1.3 La mauvaise connaissance des conditions des décès en détention

[71] Dans le cadre de ce suivi sanitaire, la mission a identifié la question particulière des causes et des analyses des décès survenus en détention.

- L'absence de suivi organisé

Tableau 1 : Nombre de personnes décédées alors qu'elles étaient écrouées, hors cas répertoriés comme suicides par l'administration pénitentiaire, et hors cas de morts par agression

	Nombre total de décès	Décès en établissements pénitentiaires	Décès en établissements de soins (UHSI, UHSA, CH)
2010	126	79	47
2011	95	56	39
2012	108	66	42
2013	97	55	42
2014	84	53	31

Source : DAP

[72] En application des articles D.280 et D.282 du CPP, les décès de personnes détenues doivent être immédiatement portés par le chef d'établissement à la connaissance du préfet, à celle du procureur de la République, du DISP et du ministère de la justice. Le parquet ouvre une enquête pour recherche des causes de la mort et, dans la quasi-totalité des cas, ordonne une autopsie pour rechercher la commission éventuelle d'une infraction. La direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la justice (DACG) effectue un suivi de la procédure jusqu'à clôture de l'enquête mais elle ne prolonge pas l'analyse au delà.

[73] Dans tous les cas, un dossier est ouvert au bureau de la détention de la DAP (EMS1). Par ailleurs, concomitamment à l'enquête pénale, la DAP peut décider d'une inspection administrative réalisée par l'Inspection des services pénitentiaires (ISP). Toutefois, aucune DISP n'a fait état d'un suivi systématique de ces décès hors suicide, ou d'un protocole mis en place avec l'ARS, portant sur l'analyse des conditions de prise en charge sanitaire.

[74] A ce jour, la DAP, a indiqué à la mission ne pas disposer d'un protocole formalisé d'analyse et d'exploitation statistique de ces décès. En particulier, il n'y a pas de transmission systématisée au Pôle santé du bureau PMJ2, même si, au cas par cas, ce dernier peut être avisé d'une situation particulière.

- Les perspectives d'amélioration

[75] Au vu des décisions de juridictions administratives, des rapports de l'ISP sur des décès intervenus depuis 2010 et des éléments transmis par les parquets à la DACG la mission estime que, dans certains cas, et indépendamment de l'établissement d'une responsabilité pénale ou disciplinaire, des décès pourraient être susceptibles de révéler des difficultés dans l'organisation et le fonctionnement de la prise en charge médicale, la gestion de l'urgence, ou encore la mise en œuvre des extractions.

- [76] Une analyse des dossiers de décès en détention constitués par le bureau EMS1 serait utile pour objectiver des difficultés, même lorsqu'ils n'ont pas donné lieu à une instruction dans le cadre d'un dossier contentieux ou à une inspection. D'ores et déjà, la DAP a indiqué à la mission qu'à la faveur de sa réorganisation, et grâce au regroupement dans une même sous-direction des bureaux compétents⁹, l'instauration d'une communication systématisée entre les deux bureaux deviendra la règle.
- [77] En outre, s'agissant des causes de décès, la DAP a confié une étude au bureau PMJ5 et à deux chercheurs de l'Institut national d'études démographiques (INED)¹⁰ portant sur les circonstances et causes des décès des personnes sous écrou. L'équipe de recherche a élaboré une typologie à partir de l'étude des dossiers du bureau EMS1 relatifs aux décès survenus en 2011 (soit hors suicides, 123 décès de personnes écrouées en établissement pénitentiaire et en établissements hospitaliers, ainsi que bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine, notamment semi-liberté ou placement sous surveillance électronique (PSE)). Il conviendrait qu'un tel état statistique faisant apparaître avec précision les causes de décès soit établi chaque année par la DAP, à partir des dossiers individuels qu'elle constitue déjà.

Recommandation n°2 : Pour chaque décès intervenu en détention (hors cas de suicides avérés et hors cas d'agressions), l'ARS, informée par la DISP, demande à l'établissement de soins de rattachement de la structure de soins compétente un état de la prise en charge sanitaire de la personne détenue décédée et en communique les éléments administratifs lors du comité de coordination de l'établissement pénitentiaire.

1.2.2 Le pilotage et la gouvernance du Plan sont perfectibles à l'échelle nationale

1.2.2.1 Une impulsion nationale interministérielle demeure nécessaire pour maintenir une « mise en tension du dispositif »

- [78] La santé des personnes détenues est l'un des sujets majeurs qui concernent conjointement les ministères de la justice et de la santé mais il n'est pas le seul : la problématique des obligations de soins en milieu ouvert ou la médecine légale exigent également une concertation. A cet effet, un comité interministériel santé-justice de coordination de la santé pour les PPSMJ (CI) a été créé par décret puis organisé annuellement, les 9 janvier 2012, 8 novembre 2012 et 19 mars 2014.
- [79] S'agissant de la santé des personnes détenues, des groupes de travail Santé-Justice « *Prévention et réduction des risques infectieux* » et « *Aménagement et suspension de peine* » se sont réunis et ont permis de faire des propositions communes pour faire évoluer la législation.
- [80] La question a pu se poser de la pertinence de la reconduction d'un plan relatif à la politique de santé des PPSMJ. Il s'agit non pas d'un plan de santé publique au sens strict mais d'un programme d'actions dont l'élaboration coordonnée, le portage interministériel et la déclinaison régionale et locale ont assurément contribué à poursuivre et amplifier les efforts engagés depuis 1994 dans l'amélioration des soins. Ce qui justifie d'emblée de poursuivre cette « mise sous tension », d'autant plus nécessaire qu'il s'agit d'une politique associant de facto deux administrations et cultures professionnelles distinctes, le monde pénitentiaire et le monde sanitaire. Le Plan est donc un cadre, et avant même d'en évaluer la mise en œuvre, la mission recommande la reconduction d'une telle démarche coordonnée, sous la forme **d'un Programme d'actions pour la santé des PPSMJ**.

⁹ Ancien EMS1, devenu MI1 et ancien bureau PMJ2, devenu MI2.

¹⁰ Aline Désesquelles et France Meslé.

- [81] Compte-tenu des enjeux sanitaires spécifiques et des responsabilités de droit commun du ministère de la santé pour cette population, ce programme d'actions doit relever d'un pilotage du ministère de la santé. Le rôle de l'administration pénitentiaire, et plus largement du ministère de la justice, est bien évidemment central, s'agissant d'une population placée sous sa responsabilité mais aussi compte tenu d'enjeux de santé qui sont de plus en plus perçus comme partie intégrante de la politique de prévention de la récidive et de réinsertion. De plus, des dispositions relèvent directement du ministère de la justice (enjeux immobiliers, organisation des extractions médicales, aménagements et suspensions de peine...), lesquelles contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins (cf. *infra* partie 2.3.2).
- [82] Ces constats requièrent une impulsion interministérielle, dans le portage de ce futur Programme et dans son suivi régulier. Ce dernier serait utilement présenté lors de la réunion annuelle du Comité interministériel Santé-Justice.

Recommandation n°3 : Adopter un nouveau programme d'actions pour la santé des PPSMJ, piloté par le ministère de la santé et associant le ministère de la justice pour maintenir la mise sous tension des administrations et garantir la coordination des actions.

1.2.2.2 Le ministère de la santé doit stabiliser une organisation efficiente

- [83] Le Plan « santé des personnes détenues », depuis qu'il a été rendu public le 28 octobre 2010, a été l'occasion de réunions régulières entre les directions d'administrations centrales concernées : DGOS, DGS, DSS, direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour le ministère de la santé, et DAP et DPJJ pour le ministère de la justice.
- [84] Depuis 2011, une dizaine de COPIL ont été organisés pour le suivi de la mise en œuvre de ses 38 actions. En outre, les rapports de bilan annuels produits par la direction de projet du Plan ont été régulièrement approuvés lors des trois comités interministériels évoqués *supra*.
- [85] La définition, puis la mise en œuvre et le pilotage du Plan « santé des personnes détenues » ont confirmé les difficultés du pilotage et de la gouvernance de l'organisation générale de l'accès aux soins des personnes détenues. Seules des relations de confiance entre les acteurs donnent tout leur sens et leur efficacité aux procédures administratives interministérielles mises en place.
- [86] Instituée par lettre de mission du 20 juillet 2007, la direction de projet « politique de santé des personnes placées sous main de justice » a été reconduite par lettre de mission du 14 janvier 2011 signée des quatre directeurs du ministère en charge de la Santé, dans le but de mettre en œuvre les actions du Plan. Elle était alors rattachée fonctionnellement à la DGOS.
- [87] L'année 2013 marque une césure dans l'animation nationale du Plan avec le rattachement de la direction de projet à la DGS et par ailleurs de réelles difficultés dans l'organisation de cette direction de projet. En outre, aucune lettre de mission n'a formalisé la prise de fonctions de la nouvelle directrice de projet dans ce nouveau schéma.
- [88] La diminution du nombre de COPIL organisés est une illustration de ces difficultés de pilotage : 3 en 2011, 4 en 2012, 2 en 2013 et aucun en 2014. Le passage de la DGOS à la DGS ne s'est pas accompagné d'une plus-value repérable.
- [89] L'expérience du Plan montre la nécessité d'une direction de projet moins « personne-dépendante » et pose la question de son juste positionnement dans le ministère, eu égard au fait que son travail est inter directionnel.
- [90] La mission estime que le pilotage doit être porté au niveau des responsabilités et des moyens dévolus à la santé des personnes détenues par le ministère. La direction de projet étant en règle générale composée de 1 ou 1,5 ETP, le pilotage doit être organisé afin de surmonter cette difficulté.

- [91] S'agissant d'une politique interministérielle entre deux réseaux aux fortes spécificités et particularités, les regards croisés sont essentiels. Un accord était intervenu au début des années 2000 sur des mises à disposition croisées de personnels : un directeur d'établissement de santé et un médecin inspecteur de santé publique (MISP) avaient été affectés à la DAP et, réciproquement, un directeur d'établissement pénitentiaire et un directeur de Service de probation et d'insertion (SPIP) à la DGOS et à la DGS. A leurs départs, intervenus entre 2008 et 2012, ils n'ont pas été remplacés.
- [92] En outre, la question du positionnement de la Direction de projet au sein du ministère de la santé doit également être posée. Un rattachement auprès de la DGS renvoie directement au cœur de mission de la DGS sur les inégalités sociales de santé, les déterminants de santé, le risque sanitaire, les enjeux éthiques de prise en charge. Dans le même temps, l'essentiel de la mise en œuvre des actions repose sur l'offre de soins et pourrait justifier un positionnement auprès de la DGOS, comme c'était le cas avant 2013. Enfin, la dimension interdirectionnelle -avec en sus la DSS pour les aspects couverture sociale, la DGCS pour les volets accès aux droits, cohésion sociale, vieillissement, perte d'autonomie et handicap-, ainsi que les enjeux du pilotage régional par les ARS plaiderait pour un rattachement au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).
- [93] Quel que soit le scénario retenu, la mission estime que ce sont davantage les réponses apportées en termes de pilotage et de moyens dévolus à la direction de projet, plutôt que la question de son rattachement administratif qui sont déterminantes. Le maintien au sein de la DGS garantirait la poursuite d'une coordination aujourd'hui fragile et qui doit être confortée.

Recommandation n°4 : Créer un réseau interdirectionnel et des échanges de personnels avec le ministère de la justice, sous la responsabilité d'un directeur de projet dont la lettre de mission doit être cosignée par l'ensemble des directions concernées (DGS, DGOS, DGCS, DSS et SGMAS).

1.2.2.3 Le ministère de la justice doit rendre visible les efforts d'organisation mis en œuvre

- [94] A la DAP, le bureau PMJ2, bureau des politiques sociales, d'insertion et d'accès aux droits, dépendant de la sous-direction des personnes placées sous main de justice¹¹, comprend le pôle « santé des personnes détenues », composé de trois agents. Il est à noter que jusqu'en 2014 une conseillère technique placée auprès du directeur de l'administration pénitentiaire suivait les dossiers relatifs à la santé des détenus et organisait les relations entre la DAP et le ministère de la santé. A cette date, son poste a été intégré au sein du bureau PMJ2 et un médecin contractuel a rejoint le pôle santé.
- [95] Au sein du programme 107 « administration pénitentiaire », la prise en charge de la santé des détenus relève de l'action 2 : « Accueil et accompagnement des PPSMJ ». La mission relève qu'aucun indicateur de performance en lien avec la santé des personnes détenues n'apparaît dans le projet annuel de performances (PAP) annexé au PLF pour 2015, qui comporte 3 objectifs et 12 indicateurs de performance.
- [96] La performance de la prise en charge sanitaire et/ou sociale des personnes détenues n'y apparaît que très indirectement, au travers de l'indicateur 2.3 «Taux d'établissements pénitentiaires labellisés dans le processus de "prise en charge et accompagnement des personnes détenues"», alors même qu'en crédits de paiement (CP) les dépenses de santé représentent 10 % des 1.279 M€ des crédits hors-titre 2 (97,2 M€ au titre de la part forfaitaire acquittée à l'agence de collecte des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et 33,5 M€ au titre des dépenses déconcentrées).

¹¹ Devenue par arrêté ministériel du 30 juin 2015 la sous-direction des missions.

- [97] À l'évidence, la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues s'inscrit dans le champ de l'objectif 1 du PAP « Favoriser la réinsertion » et de celui de l'objectif 2 « Améliorer les conditions de détention ». Compte tenu de l'importance et de la sensibilité de l'accès aux soins et de l'éventuelle perte de chance des personnes détenues qui ne pourraient pas bénéficier d'une extraction médicale, le pourcentage de réalisation des extractions médicales demandées par les équipes médicales des USMP devrait faire l'objet, a minima, d'un indicateur interne de suivi, examiné en dialogue de gestion et décliné par DISP (Recommandation n°19 : voir *infra*).

1.2.3 Les outils régionaux ont peiné à se structurer pour décliner de manière opérationnelle les actions prévues par le Plan

- [98] Le pilotage national structuré entre les directions du ministère de la santé et la DAP est décliné au niveau régional par le réseau des référents « santé des détenus » des ARS et des DISP et les commissions régionales santé-justice.
- [99] En préalable à l'analyse du pilotage déconcentré, il est à souligner la profonde différence de nature existant entre les ARS et les établissements de santé d'une part, qui sont des établissements publics, et d'autre part les DISP et établissements pénitentiaires qui sont des services déconcentrés de la DAP.

1.2.3.1 Des commissions régionales Santé-Justice insuffisamment réunies par les ARS

- [100] Au plan régional, la politique de santé est formalisée par l'obligation qu'ont les ARS, à compter de la loi pénitentiaire de 2009, d'insérer un volet « santé des détenus » dans leurs SROS¹², intégrant l'offre de soins en milieu pénitentiaire. Les objectifs de santé relatifs aux détenus sont déclinés inégalement dans les actions des Plans Régionaux de Santé (PRS).
- [101] S'agissant des outils, le guide méthodologique, conçu dès 1994 par les deux ministères puis réactualisé en 2005 et 2012, est considéré comme l'outil quotidien et opérationnel par l'ensemble des professionnels rencontrés. Ils indiquent s'y référer régulièrement dans la mesure où il fournit des modèles de conventions et de protocoles, ainsi que l'état du droit et des pratiques. Ce guide est en cours de réécriture et de modernisation de sa présentation au sein d'un groupe de travail auquel participent des représentants des ARS et des DISP.
- [102] Une instruction DGOS adressée aux directeurs généraux des ARS (DG ARS) en date du 22 décembre 2010 actait de l'installation de commissions régionales santé-justice. Ces commissions n'ont été installées et réunies que dans deux-tiers des régions et ne sont réunies annuellement que dans un tiers d'entre elles (*Source DAP*).
- [103] En dépit de la lourdeur de l'organisation de ces commissions, du nombre d'acteurs concernés, de la variété des sujets à traiter, elles sont perçues comme utiles, notamment par une préparation thématique en amont associant autorité judiciaire, administration pénitentiaire et professionnels de santé.
- Les référents régionaux « santé des détenus » des ARS et des DISP et l'animation par les administrations centrales
- [104] Les personnes clés au niveau régional sont les référents « Santé des détenus » désignés dans les ARS et les DISP. Au total, ils correspondent à une quinzaine d'ETP, répartis également entre les deux administrations.

¹² Articles 55 et 56 de la loi 2009-1436, dite « loi pénitentiaire ».

- [105] Les 10 référents « santé des détenus » des DISP sont réunis depuis 2014 sur un rythme bisannuel par la DAP (bureau PMJ2). Les 26 référents des ARS le sont par la Direction de projet du Plan, la DGOS et la DGS. Il est à relever que les référents DISP et ARS ont été réunis ensemble pour la première fois en novembre 2014, puis à l'occasion de la journée d'étude organisée le 9 juillet 2015 par la mission d'évaluation. Ces temps d'échanges conjoints doivent devenir réguliers. Quand bien même la plupart des référents n'ont pas reçu de formation spécifique à la santé des personnes détenues, la mission relève leur investissement professionnel.
- Les référents « santé » des DISP
- [106] Le dispositif des référents « santé » des DISP a été introduit par une circulaire DAP du 9 janvier 2009. On observe une certaine stabilité des 10 référents « santé des détenus », présents en moyenne depuis quelques années sur leur poste, pour la plupart des cadres A rattachés au DPIPFR (Département des Politiques d'Insertion, de Probation et de Prévention de la Récidive), qui exercent cette fonction en moyenne à 75 % de leur temps de travail. Une fiche de poste définit leurs fonctions et ils n'ont pas de lettre de mission.
- Les référents « santé » des ARS évoquent une animation « personne-dépendante » à l'excès
- [107] Institués dans les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en octobre 2008, puis reconduits dans les ARS en juin 2010, on observe une certaine stabilité des 26 référents « santé des détenus » des ARS. Ce sont des médecins (MISP) pour les deux-tiers, ou des cadres de direction. Ils exercent en moyenne cette fonction sur 33 % de leur temps de travail¹³. Une fiche de poste définit leurs fonctions. La pratique de la lettre de mission existe mais reste minoritaire.
- [108] Ils sont en général rattachés à la direction de l'offre de soins, de l'offre hospitalière, ou encore de la santé publique, plus rarement au directeur général de l'ARS. Compte tenu de la variété et de la transversalité des sujets traités, les référents soulignent la pertinence d'un binôme médico-administratif et soulignent que l'animation régionale est sujette notamment à l'investissement personnel des directeurs généraux.
- [109] Dès lors que la santé des détenus ne représente qu'une part minoritaire de leur temps de travail (à l'inverse des DISP dont les référents sont forcément plus disponibles), et compte tenu de l'autonomie des centres hospitaliers, ils décrivent l'animation de cette politique comme étant « personne-dépendante ».
- La coordination entre les référents « santé » des DISP et des ARS
- [110] Tant auprès des référents DISP que de ceux des ARS, une lettre de mission émanant respectivement du DISP et du DG ARS, est perçue comme un moyen de légitimation et de reconnaissance institutionnelle vis-à-vis de l'ensemble des directions locales, fonctionnelles et déconcentrées.
- [111] Le rythme des rencontres et la qualité de la concertation entre les référents DISP et ARS est satisfaisant, à l'exception notable de deux référents DISP qui ont fait part à la mission de difficultés pour établir des contacts réguliers de travail avec une ARS de leur inter région.
- [112] Dans un contexte où les cartes administratives de la DAP et des ARS ne coïncident pas à ce jour, sauf en Ile-de-France, le référent DISP d'une interrégion a en moyenne trois interlocuteurs référents ARS. La réorganisation territoriale en cours des deux administrations doit, sur ce point, faire l'objet d'une attention particulière.

¹³ Avec des écarts importants suivant les régions, de moins de 10 % à plus de 70 %, et des fluctuations dans l'année compte tenu des urgences du calendrier.

- [113] Au principal, ce sont les comités de coordination des établissements pénitentiaires ou les commissions de suivi des UHSI et UHSA qui sont le lieu privilégié de la coordination¹⁴. Au-delà, les motifs de travail en commun sont nombreux (signature de protocoles, colloques, journées des USMP, appels à projets « prévention », visites de conformité des chambres sécurisées ou commissions régionales santé-justice).

1.2.4 Au niveau local, le travail partenarial s'est renforcé mais des obstacles doivent être levés

1.2.4.1 La réactualisation des protocoles-cadres, toujours en cours, a inégalement relancé la concertation

- [114] Conformément à l'article R.6112-16 du Code de la santé publique, un protocole-cadre signé par le directeur général de l'ARS, le DISP, le directeur de l'établissement de santé et le directeur de l'établissement pénitentiaire précise les modalités d'intervention de l'établissement de santé au sein de l'établissement pénitentiaire.

- [115] Suite à la parution du nouveau guide méthodologique en 2012, la réactualisation de ces protocoles-cadres, qui précisent les modalités d'ouverture, de fonctionnement et de répartition des charges dans les USMP, UHSI et UHSA, est en cours. Les deux-tiers seulement des protocoles ont été signés ou sont en cours de signature¹⁵.

- [116] Des retards conséquents et préjudiciables sont constatés. Comme principaux freins à leur réactualisation, les référents signalent la lourdeur du circuit de validation entre les centres hospitaliers (CH), la direction de l'établissement pénitentiaire, la DISP et l'ARS, les questions de répartition des charges de fonctionnement des locaux¹⁶. Par ailleurs, des difficultés de coordination entre les hôpitaux de rattachement de l'USMP peuvent exister¹⁷.

1.2.4.2 L'instance principale, le comité de coordination annuel entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital de rattachement, est insuffisamment réunie

- [117] Les comités de coordination et les commissions de suivi UHSI/UHSA ont été conçus pour marquer le lien de ces structures avec le CH de rattachement. La mission constate qu'ils ne sont pas systématiquement réunis annuellement par les directeurs généraux des ARS : 81 % l'ont été en 2014, avec un écart variant de 60 à 100 % suivant les DISP (Source DAP¹⁸).

- [118] Dans deux établissements pénitentiaires visités par la mission, dont un hébergeant des milliers de détenus, ce comité n'avait pas été réuni depuis trois ans. Ceci est particulièrement dommageable.

¹⁴ S'agissant des conseils d'évaluation des établissements pénitentiaires organisés par les préfets, la santé des détenus n'y est évoquée qu'au travers du seul rapport d'activité de l'USMP ou de la question des gardes statiques de la police ou de la gendarmerie dans les chambres sécurisées. Censés participer en moyenne à une dizaine de ces conseils, de fait, les référents ARS ne viennent pas systématiquement et ils peuvent y être utilement représentés par les délégations territoriales compétentes.

¹⁵ D'après une enquête conduite par la DGOS, sur les 149 établissements ayant répondu, on dénombrait en septembre 2015, 72 protocoles signés, 35 en finalisation et 42 en cours d'écriture.

¹⁶ Généralement régies par la clé de répartition dite « base d'Angers ».

¹⁷ Le CH de rattachement de l'USMP est seul signataire du protocole-cadre ; le CHS, lorsqu'il est différent du CH qui assure les soins somatiques est signataire d'une convention.

¹⁸ Comme le taux de réactualisation des protocoles-cadres, le taux de réunion des comités est un indicateur interne des DISP, suivi en dialogue de gestion interne.

[119] Il est à relever qu'en vue de l'organisation régulière des comités de coordination qui sont une pièce maîtresse de la concertation entre les CH de rattachement et les établissements pénitentiaires, les DISP ont effectué un travail de relance auprès des ARS, avec des succès inégaux. La mission souligne ce point qui marque un dysfonctionnement.

[120] Dans un contexte local où, comme le relevait la précédente directrice de projet du Plan¹⁹, « *Les directions des établissements de santé concernés sont pour la plupart très peu impliquées dans ce dossier (...). C'est un des constats des nombreuses visites de terrain effectuées au cours de ces cinq années dont il convient de tirer les enseignements. Dans un grand nombre de cas, ces unités de soins déportées sont très isolées, ne bénéficient pas des équipements installés au sein des autres services hospitaliers, certains locaux sont vétustes (...). Le personnel est souvent seul et sans appui de sa direction et le cadre de santé est très souvent l'interlocuteur direct des directeurs des établissements pénitentiaires.* », il convient que les ARS veillent effectivement à l'organisation de ces comités chaque année, en sollicitant les établissements de santé de rattachement.

Recommandation n°5 : Prévoir une instruction adressée aux directeurs généraux des ARS rappelant la nécessité :

- **d'assurer l'animation régulière des commissions régionales santé-justice et comités de coordination des établissements pénitentiaires ;**
- **d'élaborer un programme d'actions spécifiques mis en œuvre dans les outils de droit commun existants (volet « détenus » des SROS, plans régionaux de santé, annexe relative à la santé des détenus des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM- des établissements de santé) et de présenter l'évaluation de la mise en œuvre de la mise en œuvre du CPOM aux comités de coordination et commissions de suivi UHSI/UHSA ;**
- **d'inscrire à l'ordre du jour des comités de coordination des thématiques organisationnelles (développées *infra* telles que le bilan des extractions médicales, la distribution des médicaments et l'état de l'offre de soins) et un point sur les mesures de prévention.**

1.2.4.3 Au sein des établissements pénitentiaires, malgré la permanence d'oppositions de principe, la commission pluridisciplinaire unique (CPU) est le lieu d'échanges, sans préjudice de rencontres informelles

[121] L'objet de la CPU, tel que prévu par les articles D. 88 et suivants du Code de procédure pénale, est particulièrement large puisqu'il s'agit de rendre un avis sur le parcours d'exécution de la peine décrivant, pour chaque personne détenue condamnée, l'ensemble des actions qu'il est envisagé de mettre en œuvre au cours de sa détention afin de favoriser sa réinsertion, ainsi que de définir les modalités de prise en charge individualisée. Réunie au moins une fois par mois, le fonctionnement de la CPU est lourd²⁰. Chaque réunion fait l'objet d'un relevé écrit des avis émis. Or, les informations éventuellement données par les professionnels de santé ne doivent, comme l'a relevé le Conseil d'Etat dans sa décision du 22 octobre 2014, être communiquées « *qu'aux seuls professionnels ayant besoin d'en disposer pour l'accomplissement de leurs missions* ».

¹⁹ « Bilan sur cinq années de direction de projet ». 2012.

²⁰ Elle est composée du directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), d'un responsable du secteur de détention du détenu dont la situation est examinée, d'un représentant du service du travail, d'un représentant du service de la formation professionnelle et d'un représentant du service d'enseignement, du psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, d'un membre de la protection judiciaire de la jeunesse, d'un représentant des équipes soignantes de l'USMP/du SMPR.

- [122] L'article L. 1110-4 du code de la santé publique²¹ garantit le secret en établissement pénitentiaire et la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 énonce en son article 45 que *«l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des 3e et 4e alinéas de l'article L. 6141-5»*.
- [123] Au demeurant, les professionnels de santé et l'association OIP ont manifesté une profonde inquiétude quant à la compatibilité du respect du secret médical avec l'ordre du jour des réunions des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU)²² et, le cas échéant, l'utilisation d'applications informatiques GIDE, puis GENESIS.
- La participation des professionnels de santé à la CPU demeure un sujet épineux
- [124] Alors que le recours formulé contre la circulaire interministérielle du 21 juin 2012, qui recommande la participation effective des professionnels de santé à la CPU, a été rejeté par le Conseil d'Etat, la mission a constaté dans les établissements visités que la situation s'est stabilisée.
- [125] Toutefois, au niveau national, la participation des professionnels de santé à la CPU n'est nullement généralisée, ce qui demeure un sujet de préoccupation pour l'administration pénitentiaire. Selon ses données, l'équipe de soins participe de façon régulière à la CPU dans 123 des 176 établissements pénitentiaires (soit 70 %), y participe de façon non systématique dans 42 établissements (soit 24 %) et n'y participe jamais dans 11 (soit 6 %).
- [126] La mission a pu constater lors ses visites et au vu des réponses aux questionnaires adressés aux référents des DISP et des ARS que la situation est disparate. Dans les établissements visités par la mission, il arrive que les médecins psychiatres et les médecins somaticiens n'adoptent pas la même position. Dans les établissements pénitentiaires où les professionnels de santé sont présents à la CPU, la participation est en règle générale assurée par des cadres infirmiers et il peut s'agir d'une simple présence d'écoute.
- [127] Dans les établissements -minoritaires- où les professionnels de santé refusent de participer à la CPU, ce refus ne s'explique pas seulement par des oppositions de fond mais souvent également par un manque de disponibilité des personnels médicaux par ailleurs très sollicités.
- Le développement de circuits informels d'échange d'informations
- [128] Au-delà de la CPU, des rencontres informelles hebdomadaires, voire quotidiennes, existent entre des membres des équipes soignantes et le personnel pénitentiaire, ou bien des réunions régulières sont programmées pour l'examen de situations particulières avec notamment des membres de la direction de l'établissement pénitentiaire.
- [129] Ainsi, les professionnels ont su, dans l'intérêt des personnes détenues et de leur santé, trouver d'autres modalités d'échanges d'informations dans un cadre plus souple que celui de la CPU, plus adapté à un échange constructif, dans le respect du secret professionnel et des prérogatives de chacun, ce qui mérite d'être souligné et encouragé afin d'instaurer un dialogue pertinent au-delà des positionnements institutionnels. Ils sont, de l'avis général, à favoriser au plan local (mise à disposition de salles, plages conjointes dans les emplois du temps....).

²¹ « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ».

²² Instituée par le décret du 23 décembre 2010.

1.3 Tant la prise en charge psychiatrique que somatique, en dépit de moyens renforcés, souffrent de lacunes importantes

- [130] Les soins ambulatoires somatiques et psychiatriques de premier niveau sont effectués dans les unités sanitaires (USMP), anciennement dénommées unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA²³). Les USMP sont des unités de l'hôpital de rattachement installées dans l'enceinte pénitentiaire. Elles sont composées de personnels médicaux (médecins généralistes et spécialistes, personnels infirmiers) et paramédicaux. Dans les maisons d'arrêt les plus importantes, la prise en charge psychiatrique est assurée par l'un des 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR), qui depuis 2012, sont administrativement rattachés à l'USMP de leur établissement pénitentiaire.
- [131] La prise en charge de deuxième niveau, à savoir l'hospitalisation de jour, est organisée dans l'hôpital de rattachement pour les soins somatiques, ou en psychiatrie, avec le consentement du patient, dans les SMPR.
- [132] L'hospitalisation à temps complet en soins somatiques (troisième niveau) se déroule dans l'hôpital de rattachement de l'USMP, en cas d'urgence ou d'hospitalisation programmée de moins de 48 heures. Elle intervient alors en chambre sécurisée, ou à défaut en chambre normale, avec une garde statique. Pour des durées plus longues d'hospitalisation, les patients détenus sont orientés vers l'une des huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) selon le ressort territorial.
- [133] L'hospitalisation psychiatrique à temps complet s'effectue en établissement de santé, sous le régime de l'hospitalisation d'office²⁴, sans garde statique. Elle peut également intervenir en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) sous le régime de l'hospitalisation d'office ou avec le consentement du patient.

1.3.1 L'accès aux soins psychiatriques demeure problématique

1.3.1.1 L'ampleur des besoins se heurte à des carences dans le suivi médical en détention

- Malgré un renforcement significatif des effectifs, l'accès aux soins psychiatriques demeure inégal

- [134] Selon les données fournies par l'OSSD pour l'année 2013, collectées sur la base des déclarations faites à l'OSSD, qui demeurent parcellaires, 86 USMP (soit 50 % d'entre elles) ne bénéficiaient de la présence d'un médecin psychiatre qu'au plus deux jours par semaine. Au niveau national, pour 214 postes budgétés 180,8 ETP étaient pourvus, soit 15,5 % non pourvus. Dans 37 USMP sur les 158 ayant répondu, la proportion des postes pourvus par rapport aux postes budgétés était même inférieure à 50 %, et dans cinq d'entre elles, inférieure à 33 %. La localisation des établissements pénitentiaires et de santé est un facteur de première importance dans ces difficultés de recrutement, par ailleurs renforcées par le principe d'affectations fondées sur le volontariat des praticiens.

²³ La nouvelle appellation a été adoptée pour tenir compte de la présence des soins somatiques et psychiatriques.

²⁴ Article D. 398 du code de procédure pénale.

- [135] Les dysfonctionnements en USMP par manque de psychiatres restent réels. Le questionnaire de la mission adressé aux référents « santé » des ARS confirme que le manque de médecins, lié aux difficultés de recrutement, constitue un problème récurrent dans le domaine de la psychiatrie, avec de fortes inégalités entre régions et également à l'intérieur des régions, entre les zones urbaines et rurales. Ainsi, dans une maison centrale visitée où sont incarcérées des personnes condamnées à de très longues peines, avec pour certaines des pathologies psychiatriques lourdes, qui peuvent souvent s'aggraver pendant les années de détention, le poste de psychiatre est resté vacant plusieurs semaines à la suite d'une démission. Dans le CHS de rattachement, au même moment ce sont 8 postes de psychiatres sur 20 qui étaient vacants. Autre exemple : l'ARS de Bourgogne a signalé à la mission la situation d'une maison d'arrêt, dépourvue de médecin psychiatre titulaire durant une année.
- [136] Toutefois, il convient de noter que tous les postes budgétés étaient pourvus en moyenne nationale pour les postes de cadres de santé, de psychologues et d'infirmiers psychiatres.
- [137] A l'occasion de l'examen médical d'entrée en détention²⁵, les pratiques sont variées selon les établissements, sans qu'il y ait nécessairement de lien avec le nombre d'ETP psychiatrique disponible. Dans une partie des établissements, une première consultation, réalisée le plus souvent par un infirmier psychiatrique, est proposée à tous les entrants à la suite de la visite médicale. Si nécessaire, le patient est ensuite orienté vers un médecin. Ce type de proposition de consultation n'est pas généralisé dans tous les établissements.
- Des activités thérapeutiques trop peu développées
- [138] Le Plan 2010-2014 prévoyait, dans le cadre de la mise en œuvre d'une offre de soins graduée (action 9.1 « *Améliorer l'organisation des soins psychiatriques par la définition d'une offre de soins graduée* »), d'étendre les capacités des USMP et de développer des activités thérapeutiques de groupe, de type CATTP²⁶, ainsi que des activités d'hôpital de jour.
- [139] Or, selon le bilan provisoire du plan réalisé par le ministère de la santé, sur la période 2013-2015, seules 12 activités de groupe, une activité d'hôpital de jour et 10 extensions d'USMP ont été réalisées sur l'ensemble du territoire.
- [140] De même, un processus d'identification des sites d'USMP aptes à accueillir des activités de groupe et d'hôpital de jour a été mené mais sans avoir pu aboutir. Des locaux d'USMP sont trop étroits pour permettre l'accueil d'activités de groupe et, selon le ministère de la santé, la DAP ne serait pas en capacité, eu égard aux restrictions budgétaires et à la surpopulation carcérale, d'aménager de nouveaux locaux ou de transformer des cellules existantes à cette fin.
- [141] Les difficultés tiennent en partie à une mauvaise articulation entre l'offre de surface disponible qui dépend de l'administration pénitentiaire et l'offre de soins de l'hôpital de rattachement. Plus généralement, la mission note que le dialogue n'a pas été ces deux dernières années suffisamment approfondi entre les deux administrations sur ces dossiers de déploiement de l'offre psychiatrique.

²⁵ « Examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté », prévue par l'article R. 6112-19 du CSP et R. 57-8-1 du CPP).

²⁶ Centre d'activité thérapeutique à temps partiel. Projets CATTP : à la MA d'Evreux (Nouvel Hôpital de Navarre), à la MA de Cherbourg (Fondation Bon Sauveur de Picauville), à la MA de Douai (CH de Douai), à la MA Béthune (CH de Béthune).

Projets Hôpitaux de Jour (HDJ) en psychiatrie en attente faute de locaux disponibles à ce jour : au CP de Béziers (CH Béziers), au CD d'Uzerche (CH du Pays d'Eygurande), CP de Riom (CH Sainte Marie de Clermont Ferrand).

➤ Une offre d'hospitalisation de jour encore insuffisante

[142] 26 SMPR, dont trois Outre-mer (Baie-Mahault en Guadeloupe, Ducos en Martinique et le Port à la Réunion) pratiquent l'hospitalisation de jour. Ces soins de psychiatrie sont mis en œuvre par un établissement spécialisé. Ces structures se répartissent sur l'ensemble du territoire sans le couvrir uniformément²⁷. Seuls les établissements de Fresnes et de Marseille disposent d'un hébergement au sein de la zone dédiée. Les autres organisent des prises en charge de jour avec retour en détention le soir, que la détention ait lieu sur place comme à Metz ou à Fleury-Mérogis, ou bien dans des cellules habituelles.

[143] A titre d'exemple, à la maison d'arrêt de Nîmes, les praticiens du service de psychiatrie ont expliqué à la mission que faute de places disponibles en SMPR, ils étaient contraints de demander une hospitalisation sans consentement sur demande du représentant de l'Etat (SDRE) dans le CHS voisin (environ 50 par an pour 1.200 détenus), pour des patients qui, s'ils n'avaient pas été incarcérés, n'auraient relevé que d'une hospitalisation de jour.

1.3.1.2 L'offre en hospitalisation repose principalement mais pas exclusivement sur les UHSA

[144] Les hospitalisations à temps complet de personnes détenues s'effectuent, soit au sein du CHS de rattachement ou en unités pour malades difficiles (UMD) dans les conditions de l'article D. 398 du Code de procédure pénale (sous le régime de l'hospitalisation sans consentement, SDRE), ou en UHSA, avec ou sans consentement.

➤ Hors UHSA, les conditions d'hospitalisation sont peu satisfaisantes

[145] Selon les médecins entendus, les hospitalisations dans le CHS sont en moyenne de très courte durée (moins d'une semaine), ce qui permet de traiter de façon urgente une crise mais pas d'engager un protocole de soins. A l'issue de cette hospitalisation, le patient est renvoyé vers son établissement pénitentiaire d'origine, sans nécessairement avoir pu être stabilisé. En outre, du fait de l'absence de gardes statiques, l'hospitalisation des personnes détenues s'y effectue la plupart du temps en chambre d'isolement, voire, selon ce qui a été rapporté à la mission, sous contention dans le cadre des pratiques professionnelles. Les patients détenus n'ont pas le plus souvent accès aux espaces collectifs ni aux activités thérapeutiques²⁸.

[146] L'hospitalisation en UMD des personnes détenues peut, dans les faits, relever d'un choix par défaut faute de places en UHSA.

[147] Par ailleurs, il existe le centre pénitentiaire de Château-Thierry, composé d'un quartier "centre de détention" et d'un quartier "maison centrale" pour un total de 134 places héberge, selon la DAP, « *des personnes détenues au comportement inadapté en milieu carcéral, parfois en raison de troubles psychiques* ».

²⁷ Amiens, Bois d'Arcy, Bordeaux, Caen, Châlons-en-Champagne, Orléans, Dijon, Fleury-Mérogis, Fresnes, Lille, Metz, Nantes, Nice, Perpignan, Poitiers, Basse-Terre, Châteauroux, Fort-de-France, Grenoble, La Plaine-des-Galets, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Rouen, Strasbourg, Toulouse.

²⁸ Voir Sénat, rapport d'information du 5 mai 2010 sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions et CGLPL rapport d'activité pour 2013.

- La création des sept UHSA a constitué un progrès significatif

[148] Instaurées par la loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002, les UHSA ont vocation à prendre en charge des personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète, avec ou sans consentement. Elles s'inscrivent dans la construction d'une offre de soins graduée spécifique aux personnes détenues, l'hospitalisation complète en UHSA constituant un troisième niveau, après la prise en charge ambulatoire en USMP et l'hospitalisation de jour en SMPR²⁹.

[149] Le programme initial de déploiement des UHSA prévoyait la construction de 17 unités pour une capacité totale de 705 places, réparties en deux tranches (la première de neuf unités pour un total de 440 places et la seconde de huit unités). Les crédits ont été mobilisés à compter de 2010 pour assurer la construction de la première tranche. A ce jour, sept unités ont été mises en service : Vinatier, Toulouse, Nancy, Orléans (20 places), Rennes, Lille et Villejuif. L'UHSA de Bordeaux (40 places) et celle de Marseille (60 places) seront respectivement ouvertes en 2016 et 2017. Selon les sites, il s'est écoulé jusqu'à sept ans entre la mise au point du projet et l'ouverture effective de la structure.

[150] Dans le cadre de la première tranche de construction, le coût d'investissement pour le ministère de la santé a été calculé à 12,5 M€ pour une unité de 40 lits, et 17 M€ pour une unité de 60 lits. Les financements pénitentiaires couvrant les travaux de sécurité varient entre 1,6 et 3 M€ par unité. Le coût en fonctionnement annuel pour la part sanitaire d'une UHSA est de 6,84 M€ annuel pour une UHSA de 60 lits et de 4,56 M€ pour une UHSA de 40 lits. Pour la DAP, outre le coût en personnels de surveillance et dédiés aux extractions, les coûts induits en 2014 se sont élevés à 2.528.969 M€³⁰.

[151] En 2014, 1.985 admissions avaient été effectuées dans 7 UHSA (dont 1.819 programmées et 166 non programmées), contre 874 dans 5 UHSA en 2013.

- La mission a identifié quatre points forts à la suite de l'ouverture des UHSA

[152] En premier lieu, les UHSA constituent l'unique structure permettant d'assurer l'hospitalisation de personnes détenues avec leur consentement. Conçues sur un principe de mixité dérogatoire aux dispositions du CPP, ces unités permettent l'hospitalisation simultanée d'hommes, de femmes et également de mineurs. En 2014, 60 % des hospitalisations y étaient réalisées avec le consentement de la personne. Eu égard à l'objectif fondamental d'accès des détenus aux soins dans les conditions du droit commun posé par la loi de 1994, puis conforté par la loi pénitentiaire de 2009, l'apport des UHSA est indéniable. Au surplus, les psychiatres rencontrés par la mission estiment que la majorité des personnes détenues hospitalisées en psychiatrie ne relèvent pas de soins sous contrainte. Ils soulignent aussi l'importance de l'adhésion aux soins et de la construction, d'un projet thérapeutique avec le patient.

²⁹ Les modalités générales de fonctionnement des UHSA ont été définies conjointement par les trois ministères impliqués (respectivement en charge de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur) dans la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

³⁰ Prise en charge par la DAP des restes à charge des personnes détenues pour les soins dispensés. Ce chiffre ne comprend pas le coût de deux UHSA.

- [153] En deuxième lieu, l'objectif posé par la circulaire du 18 mars 2011 sur la primauté à donner aux soins est au cœur du fonctionnement des UHSA. L'articulation entre les deux services, pénitentiaires et sanitaires, fait apparaître la prééminence donnée aux soins. Les dispositifs de sécurité périmétrique et la présence périphérique des personnels pénitentiaires autorisent des conditions de vie à la fois sécurisées et propices aux soins : les patients circulent librement dans les espaces communs (bibliothèque, cour de promenade, réfectoire où les repas peuvent être pris en commun, salle d'activités thérapeutiques). L'intervention des personnels pénitentiaires en cas d'incident, et à la demande du corps médical uniquement, reste rarissime. A l'UHSA de Toulouse, il est signalé une ou deux interventions seulement par an, la directrice du CHS soulignant que le fort taux d'encadrement médical explique que les incidents sont moins fréquents à l'UHSA que dans les autres unités de l'hôpital.
- [154] En troisième lieu, la durée moyenne de séjour en hospitalisation était, en 2014, de 45 jours, variant entre 27 et 75 jours selon les UHSA et la nature des pathologies.
- [155] En quatrième lieu, les besoins de soins psychiatriques sont confirmés. Les taux d'occupation, à l'exception de l'UHSA d'Orléans³¹, oscillaient entre 82 et 93 %. De tels taux d'occupation peuvent se traduire à certains moments par des délais d'attente pour les hospitalisations programmées en UHSA de plusieurs semaines. En outre, les hospitalisations en urgence, qui ne sont pas la règle mais qui devraient être possibles, peuvent être difficiles à mettre en œuvre sur les plans logistique ou administratif lorsque l'UHSA est éloignée de l'établissement pénitentiaire, ou pour des raisons administratives si elle n'est pas située dans le même département, de sorte que l'hospitalisation en UHSA est souvent précédée d'une SDRE dans l'hôpital psychiatrique de proximité.
- [156] Les référents « santé » des DISP et des ARS ont largement souligné l'insuffisance des lits d'UHSA. Ils ont notamment pointé des délais d'attente trop longs (Midi-Pyrénées), des capacités insuffisantes (Ile-de-France, Rhône-Alpes, Pays-de-la Loire), l'éloignement ou l'absence d'UHSA (Aquitaine, PACA, Franche-Comté), ou encore le fait que trop peu de personnes détenues de la région sont admis à l'UHSA (Picardie).
- [157] La mission a posé la question de savoir si l'offre en UHSA ne crée pas la demande dans un contexte où les conditions de détention relativement favorables en UHSA pouvaient conduire des personnes détenues à solliciter une telle hospitalisation. Ces éléments sont apparus comme ayant un faible impact, dans la mesure où les admissions sont toujours le fruit d'une décision médicale concertée (a minima entre la demande du psychiatre de l'USMP et acceptation du psychiatre responsable de l'UHSA).
- [158] Par ailleurs, les pratiques judiciaires ne semblent pas avoir été modifiées par l'ouverture des UHSA. La mission n'a pas recueilli de témoignages permettant de vérifier la crainte selon laquelle la création des UHSA aurait favorisé un surcroît de décisions d'incarcération de personnes présentant des troubles mentaux ou de conclusions d'experts en faveur de la responsabilité pénale, au motif qu'existe désormais une structure de prise en charge médicale sécurisée. Le pourcentage de non-lieux pour abolition du discernement rapporté au nombre d'affaires n'a quant à lui pas diminué depuis l'ouverture des UHSA.
- [159] Toutefois, il lui a été indiqué que des magistrats avaient pu préciser de façon erronée dans la notice accompagnant le mandat de dépôt que la détention devait s'effectuer en UHSA alors que l'admission dans ces unités de soins ne peut intervenir que sur décision médicale. En tout état de cause, ces situations qui ne concernent qu'un nombre très restreint de personnes, rapporté à la file active des UHSA, méritent d'être expertisées.

³¹ Taux de 56 % en 2014, qui pourrait résulter de la définition d'une zone géographique peu opérationnelle.

- [160] Ce bilan positif des UHSA est largement partagé³². Lors de l'évaluation des trois premières UHSA ouvertes, réalisée en 2013, la DGOS estimait qu'elles offraient une meilleure prise en charge avec un parcours de soins diversifié, chaque unité ayant développé un projet médical en ce sens.
- Le déploiement des UHSA doit être poursuivi sans tarder
- [161] Compte tenu des éléments précédemment évoqués, et en l'état, la mission estime que les UHSA ont un rôle pertinent dans l'offre de soins en psychiatrie. Elle n'a relevé aucune contre-indication, bien au contraire, à la poursuite du chantier du lancement de la seconde tranche de travaux.
- [162] La seconde tranche de construction, comportant 265 places, réparties entre cinq unités de 220 places en France métropolitaine et 45 places dans les départements d'Outre-mer, devait être réalisée à partir de 2014. La mise en œuvre (action n° 9-3 du Plan) n'a pas eu lieu. A ce stade, ni le choix des lieux d'implantation, ni la définition d'un calendrier prévisionnel n'ont été encore arrêtés ni pour la métropole ni pour l'Outre-mer.
- [163] En 2013 et 2014, la DGOS, après avoir procédé à une évaluation positive des premières UHSA mises en service, a travaillé sur des propositions de localisation pour cette seconde tranche. La DAP cependant n'a pas donné de suite, souhaitant au préalable approfondir l'évaluation de la première tranche en termes de ressources humaines et de financement des dépenses de santé, voire procéder à son évaluation qualitative.
- [164] La DAP a proposé récemment à la DGOS (fin mai 2015) une méthodologie d'évaluation, comportant une grille de données à recueillir à partir de l'OSSD, des recueils de l'administration pénitentiaire et du RIM-P (recueil d'information médicalisée en psychiatrie), afin de discuter de la localisation des sites d'implantation des futures UHSA.
- [165] En parallèle, la mission estime que la réflexion sur le fonctionnement des UHSA devrait se poursuivre afin d'examiner, à la lumière de l'expérience de la première tranche, les réajustements et redéploiements possibles, en particulier au niveau de la sécurité active, compte tenu de la rareté observée des interventions des équipes pénitentiaires, dans et hors les murs des UHSA.
- [166] Si une telle évaluation, à la fois actuelle et prospective, s'impose pour déterminer les besoins et finaliser le choix des sites des futures UHSA en fonction de la cartographie de l'offre de soins en psychiatrie, des lieux d'implantation actuels et futurs des établissements pénitentiaires, elle devra être encadrée dans un calendrier strict.

Recommandation n°6 : Achever l'étude concertée des besoins pour finaliser le choix des sites de la seconde tranche d'UHSA et mener en parallèle une analyse DAP-DGOS du fonctionnement optimal des UHSA afin d'actualiser la circulaire de 2011.

- Le parcours de soin des patients en santé mentale est encore à préciser

- [167] Un problème particulier se pose pour des personnes détenues Outre-mer qui, faute d'équipements adaptés sur place, sont hébergées dans des UMD en Métropole, ce qui peut constituer une orientation par défaut.

³² Dans son rapport public annuel pour 2014, la Cour des comptes soulignait que nonobstant leur coût, la création des UHSA « a permis incontestablement d'améliorer l'offre et la qualité des soins psychiatriques ». Le CGLPL, à l'issue de ses visites d'UHSA, a relevé de la même façon qu'elles « offraient des conditions d'accueil et de prise en charge satisfaisante, dans le respect des droits des patients », et en tous cas supérieures à celles offertes aux personnes détenues dans les hôpitaux psychiatriques de rattachement.

- [168] La mission estime qu'il convient d'être particulièrement vigilant pour renforcer à tous les niveaux le parcours de soins en psychiatrie. L'ouverture des UHSA de la seconde tranche (qui au mieux interviendrait à compter de 2020) ne vaut que si elle s'accompagne de l'amélioration de l'offre de soins ambulatoires et de celle des hospitalisations de jour, insuffisamment développées, le Plan, à cet égard, ayant été très imparfaitement réalisé.
- [169] En effet, les UHSA doivent demeurer le dernier niveau de la prise en charge psychiatrique, telle qu'elle a été pensée initialement et ne pas venir pallier les carences éventuelles des deux premiers niveaux.
- [170] Plus généralement, le parcours en soins psychiatriques des personnes détenues mérite d'être précisé, via une meilleure coordination entre médecins psychiatres, responsables des UHSA, des USMP et SMPR, ainsi que des hôpitaux de rattachement et UMD, à l'initiative des ARS.

1.3.2 La prise en charge somatique se heurte à des difficultés récurrentes et préoccupantes, au sein des établissements pénitentiaires comme en hospitalisation

1.3.2.1 Des disparités préoccupantes entre USMP qui doivent être corrigées

- [171] Un premier niveau de soins de médecine générale et spécialisée est organisé avec l'USMP dans chacun des établissements pénitentiaires. Cette unité de l'hôpital est placée sous la responsabilité d'un coordinateur praticien hospitalier. Elle est rattachée à un centre hospitalier de proximité, soit un centre hospitalier général (CHG), soit un centre hospitalier universitaire (CHU). Les soins psychiatriques relèvent d'un médecin psychiatre, rattaché à un CHS. L'identité est plus ou moins marquée : ainsi, un logo de l'hôpital du Mans a été symboliquement placé à l'entrée de l'USMP de la maison d'arrêt, soulignant une séparation d'avec le milieu carcéral.
- [172] Ce schéma général assure une présence médicale et paramédicale minimale dans tous les établissements pénitentiaires (quoique non critérisée : cf. *infra Recommandation n°7* :), notamment en vue d'assurer la visite médicale obligatoirement proposée à tous les entrants. L'unité sanitaire répond aux demandes de rendez-vous des patients détenus en médecine générale et, selon les cas, en spécialités et en soins dentaires.
- [173] L'importance des locaux disponibles -leur aménagement et leur sécurisation -est le premier élément factuel qui conditionne l'offre de soins. Les déplacements de la mission ont confirmé et étayé la grande diversité des situations concrètes de l'offre, reflétant des situations régionales et locales hétérogènes tenant, en premier lieu, à des données de démographie médicale selon les spécialités (psychiatrie, dermatologie, ophtalmologie, dentisterie...) et para médicale (kinésithérapeute). La capacité des établissements hospitaliers à mobiliser les praticiens est également en jeu.
- Des disparités et de fortes contraintes dans les conditions immobilières des USMP
- [174] Dès 2003, le HCSP relevait qu'il n'avait pas été possible, compte tenu de la surpopulation carcérale et des moyens financiers disponibles, de transformer des surfaces « cellules » en espaces pour les UCSA. Seul un dixième des 1.000 places de détention qu'il aurait été nécessaire de libérer pour respecter les normes hospitalières en matière de superficie l'avait été.
- [175] Plus de dix ans après ce constat, le problème n'est pas résolu. Dans le cadre de l'action 10.1 du Plan concernant « l'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires », la DGOS et la DAP ont mené une enquête conjointe établissant un état des locaux, portant sur leur surface et sur leur fonctionnalité, afin de définir un ordre de priorité pour un plan de rénovation. Elle a eu lieu au second semestre 2013, avec une participation de 70 % des USMP.

- [176] Le guide de programmation de l'ANAP, programme fonctionnel et technique sur l'organisation et l'aménagement des locaux des USMP, a été finalisé début 2010. La comparaison des surfaces réelles des USMP aux normes de l'ANAP montre que centres pénitentiaires et maisons d'arrêt accusent respectivement un déficit de 40 % et de 30 %, et sont trois fois moins dotés que les maisons centrales en termes de m² par détenu hébergé. De surcroît, le degré de satisfaction des équipes médicales qui y exercent est moindre que dans les autres types d'établissement pénitentiaires (maisons centrales et centres de détention).
- [177] Des inégalités régionales sont relevées : dans cinq régions la surface moyenne des locaux des USMP est même inférieure à 50 % des exigences de l'ANAP : la Basse-Normandie (42 %), l'Ile-de-France (43 %), la région PACA (49 %), la Haute-Normandie (49 %) et la Picardie (50 %). Cinq autres sont situées entre 50 % et 75 % : la Bourgogne (57 %), la Lorraine (59 %), la Champagne-Ardenne (60 %), le Limousin (66 %) et l'Aquitaine (69 %).
- [178] Au total, cette enquête a confirmé que les surfaces consacrées aux soins dans les établissements pénitentiaires étaient insuffisantes, mal réparties et non conformes aux exigences de l'ANAP, engendrant un haut niveau d'insatisfaction des équipes, à la fois sur la surface et la fonctionnalité des locaux. Dans un contexte de raréfaction des moyens, la DAP et la DGOS ont identifié 20 établissements dont les travaux de rénovation et d'extension pour les USMP constituent une urgence absolue mais les travaux n'ont pas commencé à ce jour faute de financement.
- [179] La mission partage les orientations prioritaires d'amélioration qui ont été identifiées : garantir l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite ; créer des zones d'accueil qui permettent la confidentialité (salle et/ou boxes d'attente) ; installer des sanitaires ; sécuriser partout les conditions de stockage des médicaments ; garantir une offre de soins en fonction des spécificités et non en fonction des locaux, en prévoyant notamment dans chaque USMP des locaux dédiés à l'addictologie et à la psychiatrie ; prévoir une salle spécifique pour le personnel.
- [180] L'énoncé de ces objectifs prioritaires suffit à prendre la mesure du chemin à parcourir compte-tenu des contraintes immobilières avérées, liées à la fois à l'ancienneté des lieux de détention (en moyenne, les établissements ayant répondu à l'enquête datent de 1867 pour les maisons centrales, de 1905 pour les maisons d'arrêt et de 1967 pour les centres de détention) et à la surpopulation carcérale.
- Les moyens humains accordés aux USMP sont en augmentation
- [181] Les moyens humains dans les UCSA ont été initialement accordés en référence au guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994, selon deux critères, le type d'établissement et la catégorie de personnel en ETP par tranche de 100 détenus pour les généralistes, dentistes, spécialistes, infirmiers et préparateurs en pharmacie, et de 200 détenus pour les pharmaciens et les secrétaires médicaux.
- [182] En 1996, un premier bilan du ministère de la santé montrait l'insuffisance des moyens en personnel, notamment des chirurgiens-dentistes, infirmières et secrétaires, ainsi que les difficultés de recrutement en dermatologie, ophtalmologie, psychiatrie et kinésithérapie.
- [183] Entre 1997 et 2001, les effectifs avaient progressé pour l'ensemble des postes, en ETP budgétés et rémunérés. Mais dans les postes médicaux et paramédicaux, en soins somatiques ou en psychiatrie, les postes réels étaient inférieurs aux postes budgétés, soit que les établissements de santé aient affecté à d'autres services les postes prévus pour les UCSA et les SMPR, soit que ces postes n'aient pas été pourvus.

- Mais les difficultés de recrutement sont persistantes, voire s'aggravent

[184] Plus de dix ans après ces premiers constats, l'analyse de l'activité des USMP souligne à la fois une augmentation forte des moyens alloués mais aussi la permanence de difficultés. Le renforcement des moyens dans les USMP a été important, avec un doublement de 1997 à 2013 des personnels de santé y intervenant (environ 2.600 ETP en 2013), progression qu'il convient de pondérer par l'augmentation de la population carcérale (+ 25 % environ sur la même période).

[185] Les difficultés de recrutement concernent les kinésithérapeutes, seules 12 USMP parvenant à couvrir à 100 % des postes, quand 18 USMP ont recruté à moins de 50 % par rapport à leurs postes budgétés, et 18 ne disposent d'aucun temps de kinésithérapeute.

[186] S'agissant du manque de chirurgiens-dentistes, le Plan 2010-2014 prévoyait qu'un bilan bucco-dentaire soit rendu systématique à l'entrée en détention et que l'équipement des cabinets dentaires soit amélioré (actions n° 7.1 et 7.2). Si d'après le recensement de l'OSSD toutes les USMP disposent d'un fauteuil dentaire, lors de ses déplacements la mission a pu constater l'absence de dentistes, parfois depuis six mois pour un établissement hébergeant des centaines de personnes détenues. Si 119 établissements pénitentiaires parviennent à pourvoir à 100 % et parfois au-delà les postes de dentistes budgétés, 21 ne le font qu'à 50 % et moins (dont trois dépourvus durant toute l'année 2013 de dentiste).

[187] Du fait de ce manque de praticiens, il ressort que ce bilan est souvent réalisé par un médecin généraliste ou une infirmière. En outre, les personnels médicaux rencontrés par la mission relèvent que ce diagnostic initial doit pouvoir être suivi de soins, la généralisation des examens se traduisant inévitablement par une augmentation de la demande de soins dentaires. Les pistes évoquées par les praticiens rencontrés consistent en l'inscription de l'odontologie dans le projet d'établissement du CH de rattachement et dans son CPOM, ainsi qu'en une meilleure affiliation des personnes détenues à la CMU-C pour bénéficier d'un remboursement des prothèses.

[188] Face aux difficultés de recrutement, des USMP cherchent à renforcer leur attractivité auprès des praticiens, par exemple en accueillant des internes en stage qui par la suite rejoignent l'équipe médicale en établissement pénitentiaire, comme la mission a pu l'observer à Lille et plus largement dans les USMP situées à proximité d'un CHU. Le recours à des anciens praticiens à la retraite a pu être observé³³.

- L'offre de soins reste marquée par des disparités

[189] Les maisons d'arrêt sont sous-dotées alors qu'elles hébergent 50 % de la file active des personnes détenues : les USMP des maisons d'arrêt manquent de personnels par rapport aux maisons centrales avec un écart variant de 1 à 4 selon les catégories : médecins généralistes, médecins psychiatres, médecins spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers diplômés d'Etat, infirmiers psychiatriques ou psychologues. Cet écart est réduit pour les infirmiers en soins psychiatriques (de 1 à 1,88) et élevé pour les dentistes (de 1 à 4,7).

[190] D'autre part, des disparités régionales demeurent très fortes : certaines régions ont une présence de personnels médicaux dans les USMP bien supérieure à d'autres, et ceci dans l'ensemble des spécialités, avec des écarts moyens variant de 1 à 3. Ces écarts sont encore plus importants pour les infirmiers intervenant en psychiatrie (écart de 1 à 6), les médecins spécialistes (1 à 7) et les kinésithérapeutes (1 à 16). D'une façon générale, on relève des régions en deçà de la médiane dans l'ensemble des catégories (Ile-de-France, Pays-de-la-Loire, Limousin, Picardie, Nord-Pas-de-Calais : environ 38 % des détenus) et d'autres au-dessus de la médiane (Auvergne, Rhône-Alpes, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon, Haute-Normandie : environ 20 % des détenus).

³³ Il a été signalé à la mission une difficulté juridique pour les médecins retraités hospitaliers qui, de par leur statut, ne peuvent pas plus être salarié d'un établissement hospitalier une fois leur retraite liquidée.

[191] Sont en cause, à la fois les inégalités dans la démographie médicale mais aussi des contraintes d'exercice en USMP plus ou moins fortes selon la localisation et le climat des établissements : temps d'accès liés aux contrôles, annulations de rendez-vous par les détenus (de l'ordre du tiers), craintes liées à l'exercice en milieu carcéral, moindre reconnaissance de ces professionnels par leurs pairs. Ces deux inégalités peuvent se cumuler ou se compenser : maisons d'arrêt dans une région bien dotée ou maison d'arrêt dans un désert médical.

➤ La nécessité de définir un socle minimal

[192] Au total, il apparaît que le niveau et la répartition des moyens attribués aux USMP ne sont plus adaptés aux besoins. La répartition initiale des moyens, dans le cadre de la circulaire de 1994, était déjà médicalement et statistiquement peu documentée compte tenu d'une connaissance des besoins sanitaires difficile à évaluer. Mais cette critérisation, même sommaire, a contribué à engager le mouvement d'accroissement des moyens. Ces quelques critères de répartition de moyens n'ont pas été reconduits dans le guide méthodologique de 2012, laissant aux CH de rattachement des USMP le soin de décider des moyens à allouer, dans le cadre des arbitrages internes entre leurs pôles et services.

[193] Dans le même temps, la demande de soins a été impactée par l'évolution de la population carcérale (augmentation des besoins en soins psychiatriques, vieillissement relatif) et l'augmentation de la consommation de médicaments.

[194] C'est pourquoi il apparaît à la mission nécessaire d'objectiver davantage les besoins en offre de soins, pour définir un socle minimum de fonctionnement des USMP. Ce socle n'a pas vocation à devenir un référentiel opposable d'allocation de moyens mais doit permettre de repérer en temps réel les fonctionnements dégradés et problématiques, que ceux-ci résultent d'un décalage entre postes budgétés et postes pourvus (difficultés réelles de recrutement dans certaines zones et/ou pour certains profils) ou qu'ils soient liés au non-respect du socle minimum de fonctionnement.

[195] Le socle minimum fournirait une indication du taux minimum d'ETP à pourvoir, décliné par typologies d'établissements (maison d'arrêt selon la taille, établissement pour peine selon la taille) et par catégorie de personnel soignant et non soignant (médecins généralistes, médecins spécialistes, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques). Cet outil permettra aussi de veiller à une juste allocation des moyens et d'objectiver le calcul des MIG (Recommandation n°18 : voir *infra*).

[196] La mission relève qu'une démarche analogue a été mise en place en 2005 avec l'élaboration d'une grille indicative des personnels médicaux et non médicaux proposée pour la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé des établissements pénitentiaires du programme 13.000³⁴. A titre d'illustration, et sans préjuger du contenu définitif de ce socle minimum de fonctionnement, la mission insiste sur la nécessité de garantir a minima une présence infirmière le week-end dans tous les établissements pénitentiaires (Recommandation n°8 : voir *infra*).

Recommandation n°7 : Définir un socle minimum de fonctionnement prévoyant par activité et spécialité l'offre minimale de soins (ETP par spécialité et superficie des locaux dédiés à l'USMP) critérisé selon la nature de l'établissement pénitentiaire, et le nombre réel de personnes détenues.

³⁴ Cette grille indicative distinguait les maisons d'arrêt de 600 places, les établissements pour peine de 400 et 600 places. Elle prévoyait un taux d'ETP par catégorie de personnel. Par exemple, 1,21 ETP de médecin généraliste pour les MA de 600 places, 0,57 dans les établissements pour peine de 400 places et 0,8 pour ceux de 600 places.

➤ Des difficultés de coordination persistantes

- [197] La mission a observé que, suivant les USMP, la coordination entre les équipes psychiatriques et somatiques est variable : selon les cas, les dossiers médicaux sont communs, partagés ou non. Elle se heurte parfois à des conflits de personnes ou de fond, de même qu'à des obstacles matériels (manque de locaux, non-compatibilité des systèmes informatiques des CH et CHS de rattachement).
- [198] De même, la coordination avec l'administration pénitentiaire est variable, même si dans des établissements pénitentiaires la mission a observé que les infirmiers ou médecins psychiatres participent à la CPU tandis que les médecins somaticiens s'y refusent.
- [199] Certes, les difficultés se cristallisent autour du secret médical et du partage de l'information mais elles tiennent aussi, plus fondamentalement, à la finalité de la prise en charge psychiatrique en établissement pénitentiaire. En effet, si la prise en charge médicale des pathologies psychiatriques caractérisées ne fait pas débat, celle des troubles de la personnalité de type psychopatique n'est pas consensuelle, de même que celle des personnes qui ne sont pas demanderesses de soins, ce qui peut être source d'incompréhension entre professionnels de santé et administration pénitentiaire.

1.3.2.2 L'accès à une hospitalisation pour des soins somatiques demeure perfectible

➤ Les chambres sécurisées demeurent centrales dans la prise en charge hospitalière des personnes détenues

- [200] Des chambres sécurisées dans les hôpitaux de rattachement des établissements pénitentiaires accueillent les patients détenus qui ont besoin d'être hospitalisés en urgence ou pour des durées programmées inférieures à 48 heures. La circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 avait fixé un programme de réalisation de chambres sécurisées et les dispositions sécuritaires afférentes. Initialement, il avait été prévu de financer 240 chambres dans 131 sites hospitaliers. Cet objectif a été revu à la baisse afin d'étaler dans le temps les financements et tenir compte des restructurations hospitalières.
- [201] Depuis 2010, 154 chambres ont été financées par le ministère de la santé dont 123 au 1^{er} janvier 2012³⁵. En 2013, les établissements hospitaliers déclaraient 277 chambres sécurisées³⁶. Mais moins d'un quart d'entre elles avaient fait l'objet d'un financement des travaux de sécurisation et ainsi d'une reconnaissance par le ministère de la justice.
- [202] A l'intérieur des hôpitaux, la localisation de la chambre (ou des deux ou trois chambres) dépend en fait, le plus souvent, de la disponibilité de surfaces appropriées, notamment eu égard aux transferts à organiser à l'intérieur de l'hôpital et aux accès sécurisés. Les chambres sont situées, selon les cas, dans les services d'Urgence ou dans des services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).
- [203] Les taux d'occupation de ces chambres sont faibles, en dessous ou de l'ordre de 20 % en moyenne. La principale difficulté est l'organisation de la garde statique et des transferts intra hospitaliers des patients. L'ouverture des huit UHSI au sein des CHU s'est en outre accompagnée de la fermeture des chambres sécurisées de ces hôpitaux.

³⁵ Chiffres DGOS.

³⁶ Chiffres DGOS, juin 2015. La liste des CH ayant déclaré au moins une chambre sécurisée est disponible sur le site SAE (statistique annuelle des établissements de santé). Mais cette liste de 277 chambres comporte quelques anomalies qui conduisent à revoir à la baisse le chiffre effectif.

- Les UHSI constituent une offre de prise en charge satisfaisante mais demeurent peu attractives pour les personnes détenues

[204] Les huit UHSI³⁷ sont rattachées à des CHU. Elles sont conçues pour des hospitalisations somatiques programmées de plus de 48 heures et totalisent 163 lits. Les professionnels de santé des USMP rencontrés par la mission, comme ceux en charge du fonctionnement des UHSI existantes, partagent le constat d'une prise en charge de qualité au sein des UHSI. Elles sont en capacité de prendre en charge l'ensemble des affections qui touchent les personnes détenues (à l'exception de l'obstétrique).

[205] La mission a pu constater que les difficultés pointées par la mission IGAS/IGSJ de 2011 demeurent, quasiment identiques, quatre ans plus tard : un taux d'occupation faible ; un nombre élevé de personnes détenues qui refusent d'être hospitalisées en UHSI ; une majorité d'hospitalisations effectuées dans les hôpitaux de rattachement en chambres sécurisées.

[206] Les taux d'occupation sont faibles en référence aux taux des autres services des hôpitaux dont ils dépendent. En 2014, le taux d'occupation constaté était de 59 %, en baisse par rapport à 2013 (66 %) et 2012 (65 %). Les raisons avancées sont multiples : des plateaux techniques limités et des « refus de dernière minute » qui concernent, au-delà des UHSI, l'ensemble de l'offre de soins pour les personnes détenues.

[207] Cette réticence chronique des personnes détenues à se rendre à l'UHSI n'a pas fait l'objet d'une étude approfondie mais plusieurs motifs sont légitimement mis en avant : la rupture des habitudes de la vie en détention, l'impossibilité d'y fumer, l'absence quasi-générale d'espace de promenade ou de déambulation à l'air libre entraînant pour les personnes détenues des conditions de détention plus difficiles qu'en établissement pénitentiaire. Des UHSI ont cherché à lever ces difficultés. A Nancy, l'UHSI a produit et diffusé un film dans les USMP afin d'expliquer les conditions de l'hospitalisation, pour rassurer les patients en donnant le maximum d'informations en amont. A Lille, des travaux d'aménagement sont en cours pour créer un espace de déambulation à l'air libre.

[208] Les responsables des UHSI sont confrontés à la difficulté d'organiser les plannings d'admission eu égard aux refus des patients à l'annonce de leur transfert, nécessairement réalisés le jour même. Ces refus, outre qu'ils désorganisent le service sont évidemment préjudiciables à la santé des patients.

[209] De plus, cette faiblesse du taux d'occupation est également liée à la baisse tendancielle de la durée moyenne de séjour en UHSI (11 jours en 2006 ; 8,2 jours en 2010, 6 jours en 2013) qui résulte de l'évolution des pratiques médicales générales.

[210] Dès lors, il convient de prolonger les constats et préconisations formulées par la mission de 2011, pour à la fois conforter l'attractivité des UHSI mais aussi envisager une diversification de leurs activités, et répondre également à des besoins peu ou mal couverts.

[211] L'attractivité passe d'abord par une simplification des ressorts territoriaux, calés actuellement sur la cartographie des DISP, mais pouvant induire des déplacements anormalement longs alors qu'une UHSI d'une autre région peut s'avérer plus proche (par exemple la maison d'arrêt de Nîmes dépend de l'UHSI de Toulouse quand l'UHSI de Marseille est bien plus proche). L'amélioration des conditions matérielles de détention en UHSI évoquée (notamment la question des cours de promenade) est également déterminante.

³⁷ UHSI de Paris, Toulouse, Rennes, Nancy, Lille, Bordeaux, Lyon et Marseille, De plus, un établissement dispose d'un statut particulier : l'établissement public national de santé de Fresnes, placé sous la double tutelle du ministère de la justice et de la santé.

- [212] Pour améliorer leur taux d'occupation, des UHSI ont, ou envisagent, de modifier leur organisation, en diminuant leur capacité d'accueil en transformant des lits en lits de semaine de 5 jours, ou en privilégiant des prises en charge médicales, notamment en cancérologie, plus longues et récurrentes.
- [213] Enfin, la diversification des activités des UHSI doit être envisagée. Constatant les carences de l'offre en SSR, qui repose sur les deux seuls pôles de l'UHSI de Marseille (pour 12 lits) et de l'EPSN de Fresnes (pour 25 lits), avec conséquemment des difficultés d'éloignement géographique pour les personnes détenues nécessitant une telle prise en charge, la mission de 2011 préconisait la conversion d'une partie des lits des UHSI en lits SSR. Les difficultés inhérentes à une telle évolution ont pu être évoquées à la mission, à commencer par l'inadéquation des plateaux techniques et des locaux difficiles à reconfigurer.
- [214] La mission n'exclut pas non plus, dans le même souci d'optimisation et de réponse à des besoins identifiés, de mobiliser une partie de l'offre surcapacitaire des UHSI, pour accueillir des personnes détenues potentiellement éligibles à une suspension de peine à raison de leur état de santé incompatible avec le maintien en détention. En effet, la mise en œuvre effective du dispositif de suspension de peine se heurte, entre autres, au défaut de prise en charge ou d'hébergement adaptés en aval (personnes âgées dépendantes ou lourdement handicapées sans solution en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en maisons d'accueil spécialisées (MAS)). Durant la recherche de l'établissement adapté pour accueillir la personne détenue, une prise en charge mieux adaptée que le maintien en détention serait ainsi trouvée.
- Sécuriser le devenir de l'Etablissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)
- [215] L'EPSNF occupe une place singulière dans l'offre de soins aux personnes détenues. Par son histoire, l'ancienne infirmerie centrale des prisons créée en 1898, devenue l'hôpital pénitentiaire de Fresnes, a longtemps joué le rôle de seul établissement de santé à vocation nationale. En 1995, à la suite de la réforme de 1994, l'établissement de santé, l'EPSNF a conservé une gouvernance singulière : sous la double tutelle du ministère de la justice et du ministère de la santé (d'abord la DGOS puis à partir de 2011, l'ARS d'Ile-de-France), l'EPSNF reste un établissement pénitentiaire dont le conseil d'administration est présidé par un magistrat et qui est dirigé par un directeur des services pénitentiaires et un directeur-adjoint issu du monde hospitalier ou médico-social. Il offre une capacité de 80 lits, dont 16 en médecine, 24 en soins de suite et 40 en rééducation fonctionnelle.
- [216] Mais, selon les conclusions du rapport de la mission IGAS-IGSJ de 2011 sur le dispositif d'hospitalisation en soins somatiques pour les personnes détenues, avec l'ouverture des UHSI, l'attractivité de l'EPSNF pour l'hospitalisation aigüe était devenue limitée. Dès 2008, la question de son devenir avait été posée et sa fermeture annoncée à l'horizon 2012. Pourtant, les besoins demeurent et dans le SROS 2013-2017 l'ARS Ile-de-France a affiché l'objectif de conforter l'EPSNF dans son offre de soins en médecine et en SSR.
- [217] Il s'agit donc aujourd'hui de sortir d'une période d'incertitudes qui dure depuis trop longtemps, qui a pesé sur les équipes et interdit de penser l'évolution des missions de l'EPSNF au regard des besoins nationaux et franciliens.
- [218] La dimension nationale de l'EPSNF pourrait être affirmée avec des lits de SSR spécialisés, actuellement peu voire pas du tout proposés aux personnes détenues, en ortho-traumatologie, en neurologie et en pathologies cardio-vasculaires³⁸.

³⁸ L'offre de SSR est organisée nationalement, autour du pôle de Fresnes et de celui de Marseille, avec 12 lits au sein de l'UHSI.

- [219] Dans le même temps, l'EPSNF peut remplir des missions régionales, complémentairement à l'UHSI de Paris, en assurant certaines consultations spécialisées, plus facilement sécurisées à l'EPSNF que dans la structure pavillonnaire de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Ce qui plaide pour un rapprochement du service de médecine de l'EPSNF avec l'UHSI de l'AP-HP.
- [220] Ces pistes, déjà évoquées pour partie dans le rapport de 2011 précité et mentionnées dans le rapport public de la Cour des comptes pour 2014, doivent sans tarder être définitivement expertisées et concertées par l'ARS et l'administration pénitentiaire.
- [221] Par ailleurs, la mission indique que lors de sa visite de l'EPSNF, elle a pu constater que les espaces aménagés très récemment dans le cadre des dispositions législatives sur la rétention de sûreté³⁹ demeurent quasi inoccupés. L'ergonomie de ces locaux, refaits à neuf, disposant de petites cours de promenade, leur localisation au sein d'un établissement hospitalier, pourrait être propice à l'expérimentation de lits d'accueil pour des patients toujours détenus, éligibles à une suspension de peine pour raison médicale, mais qui ne peut être mise en œuvre faute de lits d'aval. Ils trouveraient là des conditions de vie mieux adaptées à leur santé et à leur perte d'autonomie.

1.3.3 Des marges d'amélioration existent aussi dans le développement de la télémédecine et dans l'organisation de la permanence des soins et de la distribution des médicaments

1.3.3.1 Au regard de ces difficultés, le développement de la télémédecine en milieu carcéral est nécessaire et pertinent mais ne saurait être qu'une modalité complémentaire d'accès aux soins

► Le développement de la télémédecine en détention

- [222] La télémédecine fait l'objet de l'action 10.3 du Plan 2010-2014 : « *Mettre en place un plan de développement de la télémédecine* » au sein des USMP des établissements pénitentiaires. Cette action est également l'une des cinq priorités retenues par le COPIL du « programme national de développement de la télémédecine » mis en place par le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine et animé par la DGOS.
- [223] Les ARS ont été invitées à élaborer un Programme régional de télémédecine (PRT) pour l'ensemble de la population. Un guide méthodologique pour l'élaboration de ce programme a été créé (dont la « priorité 3 » est le déploiement pour les personnes détenues). Deux expérimentations pilotes ont été retenues en mars 2012 pour les personnes détenues, dans les régions Ile-de-France (Bois d'Arcy) et Midi-Pyrénées (Lannemezan). Un important accompagnement financier, 625.000 € a été attribué à chacun de ces projets-pilotes, via le fonds d'intervention régional (FIR), aucun versement de crédits n'étant prévu dans le cadre du Plan 2010-2014.
- [224] En Rhône-Alpes en 2014, 12 USMP sur 13 ont postulé à l'appel à projets de l'ARS. L'enveloppe totale est de 350.000 € non reconductible (cette action figure dans le SROS, programme régional « télémédecine », volet « détention »)⁴⁰.
- [225] Parmi les actes réalisés en télémédecine, ceux de télé-expertise sont le plus souvent développés : ils représentent un volume de 48 % des actes, les actes de téléconsultation (25 %), les actes de télésurveillance (16 %) et les actes de téléassistance (10 %).

³⁹ Des personnes condamnées par une cour d'assises à 15 ans de réclusion ou plus, soumises au régime de la surveillance judiciaire, prolongée par une surveillance de sûreté, y ont séjourné.

⁴⁰ Source : référent ARS Rhône-Alpes.

- [226] D'après un recensement dans les 175 USMP à partir des données 2014 de l'OSSD, 29 soit 16,7 % des USMP effectuent des consultations médicales à distance. 73 sont équipées d'un matériel de radiologie numérisé, et 50 l'utilisent pour des examens d'imagerie à distance (télé-expertise) ce qui montre que tous les équipements installés ne sont donc pas encore utilisés. La mission a pu observer dans une USMP qu'un équipement performant de radiologie numérique à distance et de dermatoscopie était installé mais non encore utilisé du fait de l'absence de connexion haut-débit avec l'hôpital de rattachement.
- A qualité de diagnostic et de soin égale, la télé-médecine est utile pour éviter des extractions et s'adapter à la démographie médicale de spécialistes
- [227] De l'avis des professionnels de santé et pénitentiaires rencontrés par la mission l'utilisation de la télé-médecine dans les établissements pénitentiaires est pertinente, puisqu'elle permet d'éviter des extractions de personnes détenues vers l'hôpital de rattachement ou de pallier l'absence de consultations de spécialistes en USMP. Les spécialités évoquées sont principalement la radiologie (notamment la recherche à distance de la tuberculose à partir des examens radiologiques systématiquement réalisés à l'entrée en détention), les consultations pré-anesthésiques, la dermatologie, la télé-dentisterie (en imagerie), la stomatologie ou la préparation des hospitalisations.
- [228] Par exemple, dans un établissement visité par la mission, l'usage de la télé-médecine a permis de réduire le délai d'attente pour des consultations de stomatologie de six à un mois. Ailleurs, la mission a pu mesurer un impact positif de la télé-médecine sur le nombre d'extractions médicales : sur l'année 2014, 85 consultations « dermatologie » et 37 consultations « anesthésie » ont été réalisées à distance, avec pour conséquence une diminution des extractions médicales afférentes : 29 extractions en dermatologie en 2014 contre 48 en 2012, et 24 en anesthésie en 2014 contre 37 en 2012. Dans un autre établissement, inversement, l'absence de consultation dermato et pré-anesthésie à distance occasionne une centaine d'extractions par an.
- Mais la télé-médecine doit rester une modalité complémentaire d'accès aux soins
- [229] Les consultations psychiatriques à distance, hors les cas d'entretiens entre professionnels de santé, rencontrent des réticences ou l'opposition de praticiens.
- [230] L'ensemble des professionnels de santé a insisté sur la question essentielle du praticien endossant la responsabilité finale de l'acte et sur le fait que la télé-médecine ne doit en aucun cas conduire à réduire des postes dans les USMP dans les spécialités évoquées *supra*, eu égard à la difficulté de recruter. Pour eux, la télé-médecine doit permettre de combler une absence, notamment en cas de difficulté à recruter un spécialiste ou d'éloignement de l'USMP de l'hôpital de rattachement.
- [231] En outre, la télé-médecine nécessite une organisation et mobilise du temps de personnel, tant au sein de l'USMP que du CH de rattachement : préparateurs en radiologie, infirmiers, médecins. L'économie de temps n'est donc pas systématique du point de vue de l'USMP.

- [232] Sur le plan financier, l'ensemble des praticiens rencontrés par la mission ont souhaité la réalisation de comparaisons entre le coût des équipements de télé-médecine et celui des extractions évitées. Afin de définir le seuil critique d'utilisation des équipements de télé-médecine, le coût des extractions médicales de personnes détenues évitées⁴¹ et le coût d'achat, d'installation et d'utilisation des équipements de télé-médecine devraient être rapprochés (il a été indiqué dans un établissement pénitentiaire visité qu'un appareil de radiographie numérique neuf installé coûtait plus de 100.000 € et permettait d'éviter 250 extractions par an). Une telle étude reste à réaliser et, selon les cas, il peut être pertinent, en terme de coûts, de continuer à réaliser des extractions. Au delà de ces questions de coût, des motifs médicaux peuvent plaider pour des installations de télé-médecine.
- [233] Compte tenu des enjeux pour la DAP, elle pourrait être associée au COPIL animé par la DGOS et mis en place par le décret du 19 octobre 2010.

1.3.3.2 L'organisation de la permanence des soins (PDS) aux heures et jours de fermeture de l'USMP est une problématique qui concerne la totalité des établissements pénitentiaires

- [234] L'accès aux soins des personnes détenues hors des temps d'ouverture des USMP appelle à la mise en place d'une organisation particulière dans les établissements dépourvus de médecins d'astreinte, au delà de 17 ou 18 heures, en nuit profonde et les week-ends et jours fériés.
- [235] Selon les données OSSD pour 2013, 16 USMP sont fermées les week-ends et jours fériés, sans organisation de permanence sur site, ni de médecin, ni d'infirmier. Dans au moins 72 USMP, si une permanence infirmière est mise en place, il n'y pas de médecin présent.
- [236] En milieu carcéral, l'enjeu de la permanence des soins renvoie à la question des urgences mais aussi à celle de la distribution des médicaments (voir *infra* 1.3.4).
- Une permanence des soins organisée mais tributaire de l'offre de soins dans et hors de l'établissement pénitentiaire⁴²
- [237] En dehors des heures d'ouverture/de permanence des USMP, c'est le médecin régulateur du Centre 15 qui, contacté par un surveillant, apprécie la gravité de la situation et décide en conséquence du mode de prise en charge le plus adapté.
- [238] Il peut demander l'intervention d'un véhicule de secours pour une admission au service des urgences, et du moyen de transport le plus approprié (SMUR, sapeurs-pompiers ou transport sanitaire). Globalement, sous réserve d'éventuels problèmes d'escorte pénitentiaire, la prise en charge de ces urgences est satisfaisante. Les données OSSD 2013 montrent que 7.480 extractions médicales en urgence ont été demandées et 7.312 réalisées⁴³.

⁴¹ Un calcul de la mission, réalisé à partir de données provenant d'un EP visité, indique que 4,88 ETP sont dédiés sur l'organigramme de référence aux 800 extractions réalisées annuellement, Il en résulte, en considérant le coût chargé de ces ETP, que le coût d'une extraction serait de l'ordre de 1.200 €

⁴² La prise en charge sanitaire, hors les heures d'ouverture de l'USMP, est organisée par l'article 10 et l'annexe VII des protocoles-cadres signés 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, en application de l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009, de l'article R. 6112-16 du Code de la santé publique, ainsi que de l'article D. 374 du CPP.

⁴³ Ces données étant déclaratives et 35 USMP ne les ayant pas fournies, la différence ne peut être en l'état analysée.

- [239] Par ailleurs, si le médecin régulateur du Centre 15 apprécie qu'une hospitalisation en urgence n'est pas nécessaire mais que l'intervention d'un médecin sur place l'est, il peut demander une prise en charge médicale, qui varie selon le dispositif retenu localement par l'établissement pénitentiaire : médecin d'astreinte, recours aux médecins de ville ou aux associations de type «SOS médecins». Ce dispositif est en principe organisé par la convention-cadre entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire⁴⁴.
- [240] Dans les établissements qui disposent d'un médecin d'astreinte sur site comme à Fleury-Merogis, la situation ne pose a priori pas de difficultés. Dans les autres établissements, il est fait appel à la médecine libérale mais les refus de se déplacer en milieu pénitentiaire ne sont pas rares d'après les référents ARS. Dans ce cas, le médecin régulateur opte pour l'admission à l'hôpital, ce qui génère une extraction médicale en urgence.
- Le délicat repérage des situations d'urgence au sein des établissements pénitentiaires
- [241] Il n'a pas été porté directement à la connaissance de la mission, ni par les professionnels rencontrés lors des déplacements, ni par les référents « santé » des ARS et DISP, d'incidents graves liés à une absence d'organisation de la prise en charge médicale par le Centre 15, une fois celui-ci contacté par l'établissement pénitentiaire.
- [242] Toutefois, la principale difficulté repérée par la mission se situe en amont, lorsqu'une personne détenue souffrante cherche à appeler du secours, spécifiquement quand le service de nuit a débuté et que les portes des cellules sont fermées. Significativement, plusieurs cas ont été relatés à la mission où le SAMU est intervenu après appel du détenu souffrant, ou de ses codétenus, avec un téléphone portable, en principe interdit en détention.
- [243] Depuis 2013, des rapports de l'Inspection des services pénitentiaires -dont la mission a eu connaissance- font apparaître des situations dans lesquelles le personnel pénitentiaire n'a pas répondu à l'appel d'une personne détenue souffrante ou d'un de ses codétenus, ou a considéré qu'il n'y avait pas lieu de faire appel au Centre 15, ce qui a entraîné un retard, voire un défaut, de prise en charge médicale. En tout état de cause, de tels incidents, même rarissimes, sont potentiellement d'une gravité extrême.
- [244] En outre, un retard dans la prise en charge de l'urgence -ou a fortiori son absence- constitue une perte de chance susceptible d'entraîner la responsabilité de l'Etat. Il y a là un risque qui doit être pris en compte par les deux administrations concernées.
- [245] L'absence d'équipements d'alerte adaptés à la disposition des personnes détenues est un premier frein au signalement d'une personne détenue souffrante. Il en est ainsi des équipements en interphonie des cellules qui restent peu diffusés. Il conviendrait que la DAP assure un suivi de ces équipements de telle sorte qu'à terme toutes les cellules en soient équipées et que la maintenance en soit rigoureusement assurée.
- [246] A défaut d'un tel équipement, les personnes détenues peuvent actionner un voyant lumineux qui s'allume sur les portes des cellules mais qui n'est visible qu'à l'occasion des rondes. Et il est assez fréquent, en dernier recours, que les codétenus tentent d'alerter le personnel en tapant sur les portes.
- [247] Une fois le personnel alerté, il lui appartient de faire un contrôle à l'œil et, le cas échéant, de faire appel au gradé qui détient les clés de la cellule pour y pénétrer, apprécier l'état de santé de la personne détenue et s'entretenir avec lui. C'est le gradé ou l'officier d'astreinte qui, de fait, apprécie si la situation revêt un caractère d'urgence ou non et, s'il y a lieu, appelle le Centre 15. Cette évaluation fait peser sur le personnel pénitentiaire une responsabilité particulièrement lourde et délicate. C'est pourquoi la mission recommande que le surveillant propose systématiquement à la personne détenue souffrante de joindre le Centre 15.

⁴⁴ A l'article 10 et dans l'annexe VII afférente.

- [248] En cas d'appel au Centre 15, le guide méthodologique prévoit que soit effectuée une mise en relation téléphonique directe entre la personne détenue et le médecin régulateur afin de lui permettre d'évaluer la situation sanitaire de l'intéressé. Des professionnels de l'administration pénitentiaire ont indiqué que des médecins régulateurs préféreraient, ou bien n'estimaient pas utile d'avoir un contact direct avec le détenu souffrant.
- [249] L'ensemble des évènements liés à une prise en charge en urgence ne sont pas systématiquement relatés dans les cahiers de nuit.
- [250] Pour mieux évaluer les situations d'urgence et agir plus rapidement, il conviendrait de renforcer la formation initiale des personnels pénitentiaires au secourisme. Sur cet aspect, si la plupart des établissements pénitentiaires sont désormais équipés de défibrillateurs, leur utilisation n'a pas systématiquement fait l'objet d'une formation, même minimale, des surveillants de coursives potentiellement concernés, particulièrement ceux officiant de nuit.
- La question des notices remplies par les magistrats
- [251] Il a été signalé à la mission des difficultés suite aux demandes fréquentes d'examen médical urgent sollicitées par les magistrats dans la notice individuelle remplie à l'incarcération. En cas d'incarcération en dehors des heures d'ouverture de l'USMP et en l'absence de médecin d'astreinte sur l'établissement, ces indications obligent le plus souvent à procéder à une extraction du détenu aux fins de réaliser cet examen, rendue d'autant plus complexe compte tenu de l'horaire.
- [252] Or, comme l'a constaté la mission d'audit interne IGSJ/IGAS de politique de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral, les magistrats n'ont pas nécessairement connaissance des contraintes auxquelles ils exposent l'établissement pénitentiaire en cas de demande d'examen urgent, ni des conditions, propres à chaque établissement, dans lesquelles s'effectue la prise en charge sanitaire à l'arrivée (délai de la visite médicale entrant, proposition systématique ou non de voir un médecin psychiatre notamment).
- [253] Un dialogue et une information mutuelle doivent donc être instaurés. La mission souscrit pleinement à la proposition de l'audit interne relatif à la prévention du suicide, visant à réviser le modèle actuel de notice individuelle, aux fins notamment de préciser la notion de demande d'examen médical urgent.
- [254] La DACG a indiqué à la mission qu'un tel travail de refonte de la notice individuelle est engagé, en lien avec la DAP et la PJJ, qui porte sur ce point et plus largement sur le contenu des données qui y figurent, afin notamment de garantir une meilleure prise en charge à l'arrivée en détention, en particulier en cas de risque suicidaire. La mission prend acte de cette initiative et souligne qu'une concertation avec le ministère de la santé sera nécessaire à cet égard.

Recommandation n°8 : Achever l'actualisation des protocoles-cadres et signer des conventions qui organisent la permanence des soins dans les établissements, en prenant en compte le temps et les contraintes propres au milieu pénitentiaire. A minima, mettre en place dans tous les établissements un temps de permanence d'un personnel infirmier les journées du samedi et du dimanche et les jours fériés.

Recommandation n°9 : Inscrire dans le guide méthodologique en cours d'actualisation que le surveillant appelé pour un problème médical doit proposer systématiquement à la personne détenue de joindre le Centre 15, et doit bien la mettre en relation directe avec le médecin régulateur. L'ensemble de ces diligences doit être consigné dans les registres ad hoc - supports papier et électronique- et faire l'objet de vérifications régulières par le personnel de direction.

1.3.4 En dépit d'un cadre réglementaire établi, l'organisation de la distribution des médicaments peut générer des détournements et doit tenir compte de situations spécifiques mal appréhendées actuellement

- La distribution des médicaments est de la compétence exclusive des USMP mais il existe, selon le contexte local et la situation de la personne détenue, des pratiques qui ne respectent pas cette règle

[255] La loi de 1994, en confiant au service hospitalier l'organisation et la mise en œuvre des soins dans les établissements pénitentiaires, a modifié le circuit du médicament pour permettre de mieux garantir la rigueur des prescriptions, la sécurité des médicaments et le suivi des patients détenus, notamment au moment de la crise du VIH.

[256] Auparavant réalisée par des personnels de surveillance, la distribution fait désormais partie de la compétence exclusive de l'USMP. Le rôle des infirmiers de l'USMP est double : d'une part, l'aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable, la vérification de leur prise, la surveillance des effets des médicaments et, d'autre part l'éducation du patient au respect de son traitement.

[257] Le guide méthodologique de 2012 précise les bonnes pratiques et les lieux où peuvent être distribués les médicaments : « *Selon le type d'établissement et son organisation, le patient détenu pourra prendre son traitement soit au sein des unités sanitaires (UCSA, SMPR), soit en détention, y compris dans les quartiers disciplinaires et d'isolement. Lorsque la distribution des médicaments s'effectue en détention, le personnel infirmier ou le préparateur est accompagné d'un surveillant. Les horaires de ces distributions doivent être réfléchis avec les directions des établissements pénitentiaires afin d'assurer le maximum de sécurité pour les personnels soignants et de permettre une distribution répondant aux bonnes pratiques, notamment une remise en main propre du pilulier, et une distribution lorsque les portes des cellules sont fermées afin d'éviter tout rassemblement autour du chariot.* ».

[258] La mission a pu noter au cours de ses visites que les modalités de distribution sont adaptées par les médecins au profil de leur patient détenu. Ainsi, au centre de détention de Muret, où 564 personnes étaient écrouées en mai 2015, une distribution quotidienne est mise en place pour les plus dépendantes ou vulnérables, voire pluriquotidienne pour 30 d'entre elles. Pour la majorité, la distribution est effectuée trois fois par semaine. Seules 150 reçoivent une distribution hebdomadaire et 35 une distribution mensuelle.

[259] Avec l'arrivée du service public hospitalier en milieu carcéral suite à la réforme de 1994, la distribution s'est en effet efforcée de responsabiliser le patient détenu en le plaçant en mesure d'être acteur de sa prise en charge et en le préparant aux conditions de sa sortie.

[260] Tout en reconnaissant l'amélioration substantielle du volet somatique de l'offre de soins, les représentants des personnels de surveillance rencontrés par la mission ont dénoncé une absence de contrôle de la prise effective des médicaments prescrits qui peut engendrer des dérives (vols, extorsions, mésusages), particulièrement pour les personnes détenues les plus vulnérables. Des médicaments à effet sédatif, notamment les anxiolytiques et les psychotropes peuvent devenir une monnaie d'échange.

[261] En 2014, les 167 intoxications aiguës médicamenteuses qui ont fait l'objet d'une remontée d'information à la permanence nationale de la DAP attestent de ce risque de mésusage des médicaments.

[262] Cette question a été régulièrement abordée par les groupes de travail santé-justice notamment s'agissant des traitements de substitution et de la réduction des risques liés à la toxicomanie.

➤ Garantir la distribution des médicaments par du personnel soignant de l'USMP

- [263] Les enjeux liés à la distribution des médicaments sont prégnants, tant du point de vue du personnel pénitentiaire que des équipes soignantes. Pourtant, le Plan n'a pas spécifiquement abordé cette question, à l'exception de l'action 12.2 relative à la délivrance des traitements de substitution.
- [264] S'il apparaît que les modalités de dispensation s'avèrent à ce jour être décidées au cas par cas, par chaque médecin, pour chaque personne détenue et selon le contexte, il ressort que des aménagements rendus nécessaires par l'organisation de la vie en détention et les moyens disponibles ont pu être constatés.
- [265] La disponibilité des personnes détenues n'est pas toujours assurée ni connue à l'heure de la dispensation des médicaments. Compte tenu des mouvements et des activités quotidiennes des personnes détenues, une communication est nécessaire entre l'USMP et l'administration pénitentiaire pour assurer leur présence en cellule lors du tour de passage des infirmiers de l'USMP ou organiser leur venue à l'USMP si nécessaire.
- [266] Malgré le rappel réglementaire du guide méthodologique de 2012 selon lequel «*aucun traitement ne doit être laissé dans une cellule en l'absence du patient destinataire* » et un rappel plus nuancé par le guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral réactualisé en 2013⁴⁵, indiquant que «*si la personne détenue est absente de sa cellule, il est préférable de ne pas laisser le traitement dans celle-ci* », des personnels pénitentiaires ont indiqué que, de fait, des traitements pouvaient, dans certains cas, être déposés en cellule en l'absence du patient détenu. Le recours au codétenu, voire à l'auxiliaire (détenu classé au service général ayant des fonctions d'entretien des locaux), a pu également être relaté.
- [267] La mission rappelle que les personnels surveillants n'ont en aucun cas, même en période creuse et ni même de gré à gré avec l'infirmier binôme de l'USMP, mission à distribuer eux-mêmes les traitements en cellule ni aux personnes détenues, que les traitements soient reconnaissables par la vue ou placés sous enveloppe. Cette interdiction poursuit un double objectif : le respect du secret médical et une exigence médicale, celle d'offrir la possibilité au patient détenu de vérifier avec l'infirmier de l'USMP l'intégralité de son pilulier notamment en cas de changement de prescription, permettre de s'assurer de l'identité du patient, évaluer la tolérance du traitement et le cas échéant, réévaluer son efficacité par exemple en cas de fièvre.
- [268] C'est dans ce cadre que se pose avec acuité la question de la dispensation des médicaments les week-ends dans les établissements dépourvus de présence soignante le week-end (16 USMP sont fermées les week-ends et jours fériés). La mission a déjà souligné la nécessité de toutes les pourvoir à minima d'infirmiers le week-end (Recommandation n°8 : voir *supra*) Cette option semble préférable aux palliatifs expérimentés ou envisagés tels que les automates de distribution, avec ou sans intervention du personnel pénitentiaire, pistes techniques qui si elles sont expérimentées, devront être évaluées.
- [269] Par ailleurs, les personnes détenues dans des cellules avec un ou deux autres détenus ne bénéficient pas de lieu de stockage sécurisé, ce qui favorise vols et extorsions. Ce constat a débouché sur le déploiement de casiers sécurisés en cellules dans les établissements pénitentiaires récemment ouverts. La mission encourage la poursuite de ce déploiement.
- [270] C'est aussi en amont que la distribution doit être pensée, en fonction des risques spécifiques au milieu carcéral. Ainsi, au centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville, la pharmacie de l'hôpital a adapté les posologies au risque de trafic en les réduisant au minimum médicalement efficient.

⁴⁵ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf.

- Au nom de la responsabilisation du patient et de la préparation à la sortie, l'accès direct des personnes détenues à certains médicaments précisément listés doit être rendu possible

[271] Il n'existe pas de déclinaison de la liste des médicaments en accès direct établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) dans les groupements d'achat de l'administration pénitentiaire. Il en résulte que pour obtenir un traitement sans ordonnance les personnes détenues doivent solliciter une consultation à l'USMP, avec les délais afférents et la persistance de l'inconfort, voire de la douleur.

Recommandation n°10 : Etablir une liste parmi les médicaments en accès direct de l'ANSM, de sorte que ces médicaments soient accessibles aux personnes détenues via l'administration pénitentiaire. Pour garantir la sécurité médicale, le bon de commande de médicament d'accès direct émanant d'une personne détenue doit être visé par l'USMP.

- Lever les barrières existantes à l'accès aux médicaments

[272] La mission a pu prendre connaissance de plusieurs situations, ponctuelles, dans lesquelles la distribution peut ne pas être assurée à certains moments, faute de procédure établie.

[273] Il apparaît que l'accès aux traitements médicamenteux dans le cadre de la permanence des soins n'est pas toujours garanti. En effet, lors de l'intervention d'un médecin d'astreinte en établissement pénitentiaire ou suite à un retour d'extraction médicale en dehors des heures d'ouverture de l'USMP avec prescription d'une ordonnance, la personne détenue peut être amenée à attendre la réouverture de l'USMP.

[274] De même, des personnes détenues bénéficiant d'un traitement délivré quotidiennement et extraites pour raison judiciaire peuvent ne pas recevoir leurs traitements médicamenteux. L'intervention d'un service médical d'urgence est alors nécessaire au tribunal ou au commissariat de police pour délivrer les traitements.

[275] Au total, il apparaît que la question de la distribution des médicaments doit être davantage formalisée et prendre mieux en compte les contraintes de chaque établissement ainsi que les situations intersticielles (retour tardif d'extractions judiciaires, distribution en unités de vie familiale et dispensation aux nourrissons hébergés en établissement pénitentiaire).

[276] En ce sens, le modèle de protocole-cadre entre établissement pénitentiaire et CH proposé par le guide méthodologique devrait prévoir une annexe spécifique relative à la distribution des médicaments. Dans cette perspective, la mission préconise que soit systématiquement inscrit à l'ordre du jour des comités de coordination un bilan des incidents liés à la prescription et à la distribution des médicaments, en s'appuyant sur l'article 1 de ce protocole-cadre (Recommandation n°5 : voir *supra*).

2 LES AXES POUR UN NOUVEAU PROGRAMME D' ACTIONS

- [277] Au-delà de ces mesures transversales d'amélioration de la connaissance de l'état de santé des personnes détenues et de consolidation de l'offre de soins, tant somatique que psychiatrique, la mission a identifié plusieurs axes thématiques qui, formalisés dans un futur programme d'actions, devraient bénéficier d'une impulsion plus grande.
- [278] Ce nouveau programme d'actions doit en outre permettre la nécessaire amplification des actions de prévention et de prise en charge des addictions et l'impulsion sur des thématiques peu traitées actuellement (incitation aux soins, perte d'autonomie, fin de vie).
- [279] Il requiert la refondation de la couverture sociale et des circuits de financements ainsi que des mesures permettant de fluidifier l'accès aux soins hors de la prison (extractions et aménagements de peine).

2.1 Des enjeux pourtant déjà clairement identifiés ou absents jusqu'alors du Plan doivent structurer le prochain programme d'actions

- [280] La mission a identifié six orientations, dont certaines avaient déjà été retenues par le Plan 2010-2014 quand d'autres en étaient totalement absentes, qui doivent nourrir un futur programme d'actions, complémentairement aux enjeux transversaux d'offres de soins somatiques et psychiatriques, d'organisation, de coordination et de pilotage :
- la prévention en milieu carcéral ;
 - les addictions ;
 - la mise en œuvre des soins en lien avec le motif de la condamnation ;
 - la prévention du suicide ;
 - le vieillissement, les handicaps, la perte d'autonomie ;
 - la fin de vie en prison.

2.1.1 Le Plan a incontestablement posé les jalons d'une politique organisée de prévention en milieu carcéral

- [281] Trois approches sont reconnues complémentaires : la prévention, la promotion et l'éducation à la santé. En premier lieu, la prévention est l'action qui consiste à diminuer l'incidence d'une maladie (prévention primaire), sinon à la détecter précocement (prévention secondaire) ou d'en empêcher les complications (prévention tertiaire). En deuxième lieu, la promotion de la santé en milieu carcéral est l'action qui a pour but de donner aux personnes détenues davantage de moyens d'améliorer eux-mêmes leur santé en les rendant acteurs. En troisième lieu, l'éducation à la santé est l'action qui permet d'améliorer les connaissances pratiques des personnes détenues en matière de santé, de prévention et d'hygiène.

2.1.1.1 La prévention et la promotion de la santé » ont été l'objet de plusieurs actions stratégiques du Plan 2010-2014

- [282] Ces actions sont très présentes dans le Plan dont elles constituent le deuxième axe et représentent au total le tiers des actions (14 sur 40).
- [283] Les dépenses consacrées à cet axe n'ont représenté que 9 % des dépenses spécialement allouées au Plan pour l'année 2012 (1,57 M€ sur 17 M€), portant principalement sur l'action 6.1 relative à l'achat de vaccins et à l'amélioration du dépistage des maladies infectieuses⁴⁶. Toutefois, l'une des particularités de l'axe « prévention » est d'avoir été principalement financé par les ARS via des crédits FIR déjà alloués et dont les actions ont dû être précisées afin qu'elles soient déclinées au niveau régional et infrarégional.
- [284] Les 14 actions stratégiques du Plan en matière de prévention se regroupent en cinq mesures phares : renforcer la prévention du suicide en détention ; évaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques infectieux en milieu carcéral (RDR) ; agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues ; rendre des programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues et améliorer la santé bucco-dentaire.
- Les ARS ont un rôle déterminant dans la mise en œuvre des actions de prévention
- [285] La loi HPST⁴⁷ a confié aux ARS la mission de « définir et de financer des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et de veiller à leur évaluation », afin de « réaliser à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé ».
- [286] Les ARS allouent des financements à des opérateurs qu'elles ont au préalable autorisées à intervenir en milieu carcéral avec l'accord du chef de l'établissement pénitentiaire concerné. Chaque ARS arrête un « Schéma régional de prévention »⁴⁸ (SRP) et éventuellement un « Schéma régional d'addictologie »⁴⁹ dans lesquels peuvent s'inscrire leurs missions et objectifs envers les PPSMJ pour une période de cinq ans. Le nombre d'actions menées varie selon les ARS.
- Le financement de l'éducation à la santé est avant tout local
- [287] Le financement des actions d'éducation à la santé, assuré à titre principal par les ARS et les DISP, est régi par des contrats-cadre. Depuis 2012, le Fonds d'investissement régional (FIR) des ARS inclut un budget « prévention et éducation à la santé », lequel est fléché⁵⁰ : il ne peut servir à financer des actions médico-sociales ou de soins.
- [288] Les DISP cofinancent ces actions de prévention ou en financent d'autres, spécifiques à des établissements pénitentiaires, pour des montants globaux de 330.000 € en 2013 et 304.000 € en 2014, les montants par DISP étant variables (722 € pour la Mission Outre-mer, 9.000 € pour la DISP de Bordeaux, 64.000 € pour celle de Rennes en 2014).

⁴⁶ Source : tableau financier de suivi du Plan pour 2013.

⁴⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴⁸ Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Principe de fongibilité asymétrique en faveur des crédits dédiés à la promotion de la santé et la prévention des maladies inscrit dans la circulaire N° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014.

- Le Plan a permis de renforcer les outils au service de la promotion de la santé

[289] En matière d'éducation, de promotion de la santé et d'actions sur les déterminants de santé, la mise en œuvre des objectifs du Plan a été conduite de façon satisfaisante. L'impulsion donnée par le Plan s'est traduite par un effort significatif de production de référentiels d'interventions. D'abord, une étude conduite par l'INPES dès octobre 2011 et réalisée grâce à la participation volontaire des deux-tiers des établissements pénitentiaires, a permis de documenter les bonnes pratiques pour la mise en œuvre d'actions éducatives en milieu carcéral (action 5.1 du Plan). En 2011, les journées de prévention de l'INPES ont intégré une session relative au milieu pénitentiaire. Enfin, un référentiel d'intervention en éducation pour la santé et promotion de la santé en milieu pénitentiaire a été produit par l'INPES en janvier 2014⁵¹, conformément à ce que prévoyait l'action 5.2 du Plan.

- La promotion de la santé repose sur une multiplicité de projets locaux dont l'impact demeure limité

[290] Un appel à projets de l'INPES porte actuellement appui à six expériences pilotes d'éducation et de promotion de la santé en milieu carcéral, avec une dotation globale de 127.000 € ce qui a permis d'affecter à chaque projet un montant variant de 13.000 à 30.000 €. Les projets ont débuté en 2015, ils devraient bénéficier d'un suivi et se terminer en 2017.

[291] Cet appel à projets de faible budget, technique à mettre en œuvre, a permis de valoriser les projets à dimension pluri-thématiques, notamment ceux tenant compte de l'environnement carcéral, de mettre en avant les établissements pénitentiaires déjà dotés d'un comité de pilotage d'éducation à la santé⁵², ce qui par ce biais a permis de relancer le déploiement de ces « COPIL Prévention » à travers le territoire.

[292] Le suivi de l'appel à projets doit également permettre d'apprécier l'utilisation du référentiel d'intervention de l'INPES précité, pour bâtir et réaliser les projets retenus⁵³. Les 16 établissements pénitentiaires non sélectionnés ont éventuellement pu bénéficier de financements ordinaires. En effet, d'autres projets sont financés en routine, comme il a été vu supra, tant par les ARS que par les DISP, ou encore par les établissements de santé ou établissements pénitentiaires lorsqu'ils en ont la possibilité : Ainsi, parmi les deux-tiers d'établissements pénitentiaires ayant répondu à l'enquête de l'INPES, des actions étaient réalisées dans 80 % d'entre eux.

[293] Au total, il apparaît que la grande majorité des actions d'éducation et de promotion à la santé se sont traduites par la tenue de groupes de parole et d'ateliers entre codétenus. Si ces actions éducatives ont montré qu'elles pouvaient s'appliquer en milieu carcéral, elles s'adressent le plus souvent à un public peu nombreux. La mission souligne que ces enjeux de prévention gagneraient à s'appuyer sur une meilleure participation des personnes détenues à la définition des projets collectifs. Outre les difficultés matérielles d'organisation, comme en milieu libre, l'implication volontaire et la motivation des personnes détenues sont aléatoires, ce qui en limite l'impact. Il apparaît que là où une volonté existe de porter de telles actions, ses promoteurs ont pu trouver des points d'appui grâce au Plan, la difficulté étant bien de susciter le lancement et d'assurer le financement pérenne de telles actions dans le plus grand nombre d'établissements pénitentiaires, ce qui relève notamment du rôle d'animation des ARS.

⁵¹ Chemlal K., Echard-Bezault P., Deutsch P. Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention. Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action, 2014.

⁵² Selon le guide méthodologique, un comité de pilotage d'éducation à la santé doit se réunir au minimum une fois par an dans les établissements pénitentiaires. En 2013 109 USMP, soit 63 % d'entre elles, déclaraient l'existence d'un COPIL prévention. Toutefois, 39 indiquaient qu'un programme annuel d'éducation à la santé était mis en œuvre au sein de l'établissement, sans existence formelle d'un COPIL prévention.

⁵³ Par ailleurs, une étude relative à l'utilisation du référentiel par les porteurs de projet d'actions d'éducation à la santé, au-delà de ces 6 projets pilotes doit être réalisée en 2016/2017.

2.1.1.2 Des programmes d'éducation thérapeutique sont désormais possibles en milieu carcéral

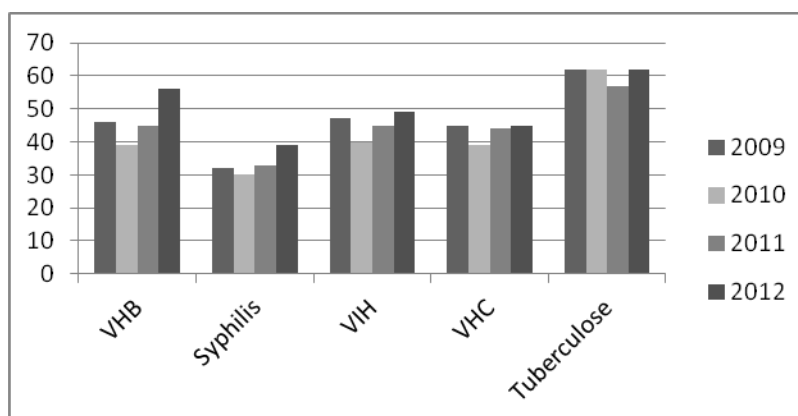
[294] L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un ensemble d'activités ayant pour but de rendre les personnes détenues souffrant de maladies chroniques mieux à même de prendre en charge leur maladie, notamment d'observer leur prescription, pour produire des bénéfices individuels et collectifs en termes de santé⁵⁴.

[295] Les conditions d'autorisation et de financement de ces programmes par les ARS ont fait d'objet d'une instruction en 2010 dans le cadre de l'action 5.8 du Plan⁵⁵. Un groupe de travail associant la DGS, l'INPES et la Haute autorité de santé (HAS) a étudié la possibilité de mise en place d'actions en milieu carcéral, puis des expérimentations ont été lancées. Trois projets ont ainsi été retenus. En revanche, seulement quatre programmes en milieu carcéral existants ont été identifiés (dans les ARS Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon et Ile-de-France).

2.1.1.3 La lutte contre les maladies transmissibles est au cœur du dispositif de prévention

- Des dépistages du VIH et des hépatites systématiquement proposés

Graphique 1 : Pourcentage de dépistages réalisés par les unitaires sanitaires pour les personnes détenues entrantes



Source : OSSD. Données de 2009, 2010, 2011 et 2013.

[296] 1,04 % de la population carcérale est porteur du VIH, soit quatre fois plus qu'en population générale⁵⁶. Depuis 1996, un dépistage du VIH est systématiquement proposé aux nouveaux entrants en détention avec la mise en place, le cas échéant, d'une thérapie antirétrovirale. Le dépistage des hépatites est systématiquement proposé aux entrants. Conformément à ce que prévoyait l'action 6.1 du Plan, le guide méthodologique a été complété concernant cette proposition systématique. Selon les données de l'OSSD, environ la moitié des entrants a souhaité bénéficier d'un tel dépistage.

⁵⁴Définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

⁵⁵Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

⁵⁶InVS, mai 2010.

- [297] En 2012, pour la première fois, le dépistage du VHB a été davantage réalisé que le dépistage du VIH et du VHC chez les primo-entrants, et le dépistage de la syphilis a connu un regain de réalisation. Les autres dépistages de maladies sexuelles transmissibles ne sont pas recensés par l'OSSD. Selon l'enquête de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) de 2009, 12 % des USMP proposaient systématiquement un dépistage du chlamydiae qui est un pourvoyeur de stérilité chez la femme, 2 % celui du gonocoque, et aucun celui de l'herpès⁵⁷.
- [298] Le moment de la proposition d'un dépistage est une occasion privilégiée pour donner un conseil en matière de prévention aux personnes détenues entrantes. Ce conseil doit aussi s'étendre au moment de la remise des résultats, y compris quand ils sont négatifs. Or, selon l'enquête de l'ANRS de 2009, seules 70 % des USMP convoquaient les personnes détenues en cas de sérologie négative au VIH, 65 % pour une sérologie négative au VHC et 64 % pour une sérologie négative au VHB.
- Les tests rapides à orientation diagnostique du VIH (TROD) bousculent les pratiques de routine
- [299] La perspective d'un dépistage du VIH facile et « en temps réel » est l'atout porteur des tests rapides à orientation diagnostique (TROD). Ces tests ont été autorisés en milieu libre en 2010⁵⁸. Ils se pratiquent sur le bout du doigt à partir d'une simple goutte de sang, au lieu d'exiger une piqûre⁵⁹. Toutefois, l'utilisation des TROD n'est indiquée qu'en cas de faible suspicion d'infection au VIH, ce qui n'est pas autant le cas en milieu carcéral qu'en milieu libre et, en cas de résultat positif, le TROD doit être confirmé par une sérologie classique par voie veineuse.
- [300] Le temps de révélation nécessaire pour un TROD est de 30 minutes, contre plusieurs jours pour une sérologie veineuse classique et il ne nécessite pas de transport pour analyse. Or, il ressort que ce laps de temps est une contrainte pour les équipes des USMP dont les salles d'attente sont sous-dimensionnées ou en manque d'effectifs, ce qui peut les amener à préférer l'usage de la sérologie classique, ou encore de ne pas tenir informée la personne détenue en cas de résultat négatif (cf. supra).
- [301] Selon les propos recueillis par la mission, les TROD sont principalement utilisés par les partenaires agréés Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), dont les associations : ainsi, en 2014, AIDES a réalisé 39 TROD dans un centre pénitentiaire visité par la mission, dans le cadre de permanences au sein du quartier arrivants. Un encart sur la stratégie d'utilisation des TROD a été inséré dans le guide méthodologique.
- Le Plan a identifié la nécessaire prise en compte des risques de contamination par le tatouage, le piercing, les autres pratiques à effraction cutanée et la coiffure
- [302] Selon une enquête de l'ANRS réalisée en 2009, des dispositions ayant vocation à encadrer la pratique des tatouages-piercing étaient mises en place dans 6 % des établissements pénitentiaires. Il en était de même dans 33 % s'agissant de la pratique de la coiffure. La mise à disposition d'objets d'hygiène tels que les coupe-ongles était rapportée dans 21 % des établissements⁶⁰.
- [303] Selon les propos recueillis par la mission, d'autres pratiques peuvent aller de l'injection de produit anabolisant à l'injection sous-cutanée de billes péniennes. Ces pratiques sont également à haut risque infectieux si elles ne sont pas bien encadrées. Une revue de la littérature a été confiée à l'ANRS en 2014 afin de combler le manque d'informations sur leur diffusion en milieu carcéral.

⁵⁷ Michel L et al., Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 39. 25 octobre 2011.

⁵⁸ 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).

⁵⁹ Pratique induisant au demeurant davantage de risques d'accidents d'exposition au sang (AES) pour les professionnels de la santé en charge des prélèvements.

⁶⁰ Michel L et al., Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 39 publié le 25 octobre 2011.

- [304] Le Plan 2010-2014 avait identifié cet enjeu (action 5.6) et le groupe de travail Santé-Justice « Prévention et réduction des risques » a récemment engagé ses travaux mais il se heurte à l'absence de connaissances sociologiques et épidémiologiques sur ces pratiques.
- Les accidents d'exposition au risque viral et les traitements de prophylaxie post-exposition sont peu encadrés
- [305] L'action 5.7 du Plan recommandait une meilleure connaissance des intervenants en prison sur l'accès aux traitements post-exposition. La conduite à tenir de l'équipe médicale face à un accident d'exposition au risque viral (ARV) avait déjà fait l'objet d'une circulaire interministérielle en 2008⁶¹. En cas de contact à risque évalué par un médecin, une personne victime d'un ARV doit recevoir dans l'heure un traitement de prophylaxie post-exposition (TPE). Manifestement, cette possibilité est peu connue : dans 47 % des établissements, les personnes détenues n'étaient pas informées⁶² et dans 39 % seulement les personnels pénitentiaires étaient informés de la possibilité de recourir à ce type de dispositifs.
- [306] Selon cette même enquête, en 12 mois, trois prescriptions seulement de traitements de prophylaxie post-exposition (TPE) avaient été constatées auprès d'USMP prenant en charge 74 % de la population carcérale⁶³. Toutes étaient consécutives à une prise de risque sexuelle (aucune par voie sanguine)⁶⁴. Ce constat a été renouvelé et aucune des USMP visitées par la mission n'a déclaré avoir prescrit de TPE à une personne détenue au cours des 12 mois précédents.
- Un traitement accéléré contre le VHC est désormais disponible mais doit être rendu opérationnel
- [307] 4,2 % de la population carcérale est touchée par l'hépatite C (VHC)⁶⁵. L'accès aux derniers traitements de l'hépatite C, les « antiviraux d'action directe » (AAD)⁶⁶ constitue un enjeu fort de santé publique. Compte tenu de l'efficacité supérieure mais aussi du prix conséquent de ces nouveaux traitements (41.000 €), des tensions similaires à celles générées par la mise à disposition des premiers traitements antirétroviraux contre le VIH en 1996⁶⁷ sont apparues l'hiver dernier et ont mené à la publication d'une circulaire du 29 avril 2015, permettant, selon les mêmes conditions d'éligibilité, le même remboursement qu'en milieu extérieur dès l'instant où les personnes détenues sont couvertes par l'Assurance maladie⁶⁸.
- [308] L'accès à ce traitement est par ailleurs conditionné à un bilan médical qui nécessite une élastographie impulsionnelle impliquant la plupart du temps une extraction médicale.

⁶¹ La conduite à tenir fait état d'un accueil neutre et non stigmatisant comportant une information compréhensible sur la prise en charge de l'ARV et ses conséquences, une contraception en urgence pour les femmes victimes d'agressions sexuelles en l'absence de contraception, un bilan sérologique initial de la victime et de la personne source, si possible, une vaccination contre l'hépatite B si nécessaire et enfin de la prescription initiale d'un traitement post-exposition (TPE) en urgence (au mieux dans les 4 heures) avec une réévaluation par un médecin référent sous 48-96h en cas de prescription d'un TPE. Des trousseaux d'urgence doivent être présents si la dispensation d'antirétroviraux n'est pas disponible 24h sur 24h. Le tout doit faire l'objet d'une déclaration à l'InVS et à la médecine du travail si l'accident a eu lieu dans un cadre professionnel. Circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS n°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).

⁶² Michel L et al., Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 39. 25 octobre 2011.

⁶³ Id.

⁶⁴ Id.

⁶⁵ Source InVS, mai 2010.

⁶⁶ Circulaire N° DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/148 du 29 avril 2015 relative à la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans des USMP.

⁶⁷ Dalgalarondo, Sébastien, and Philippe Urfalino. "Choix tragique, controversé et décision publique: Le cas du tirage au sort des malades du sida." *Revue française de sociologie* (2000): 119-157.

⁶⁸ Une vigilance doit être faite pour les personnes détenues étrangères en situation irrégulière.

➤ Le nouveau schéma vaccinal accéléré contre l'hépatite B a été conçu

[309] La population carcérale est à haut risque d'hépatite B, eu égard à sa forte contagiosité par la salive ou l'échange de linges mouillés pour la toilette intime. Elle peut déboucher sur une hépatite aiguë voire une hépatite chronique dans 5 % des cas⁶⁹.

[310] D'après une étude ancienne datant de 2003, l'hépatite B touchait 0,4 % des personnes détenues entrantes⁷⁰. La vaccination contre l'hépatite B est intégrée depuis 1997 dans le programme national de prévention de l'hépatite B. En 2009, 83 % des établissements pénitentiaires respectaient les recommandations⁷¹.

[311] Une adaptation a été réalisée : afin d'obtenir une protection vaccinale plus rapide contre l'hépatite B en milieu carcéral, le Haut conseil de santé publique a validé en 2014 un nouveau schéma accéléré de primo-vaccination pour les personnes détenues non encore immunisées⁷². Celui-ci comporte trois injections successives sur une période de trois semaines, complétées 12 mois plus tard par un rappel, au lieu de trois injections sur deux mois complétées du rappel à 12 mois.

[312] Avec ce schéma accéléré, la protection est de 40 % après les trois doses et de 90 % après l'administration du rappel. L'ancien schéma vaccinal reste valide mais la rapidité de protection est plus longue alors qu'un risque accru de contamination existe dès le moment d'entrée en détention.

[313] Comme vu supra, selon l'enquête ANRS de 2009, 36 % des USMP ne re-convoquaient pas les personnes détenues avec une sérologie de dépistage négative à l'hépatite B⁷³, ce qui ouvre des perspectives d'amélioration pour la mise en œuvre de cette vaccination.

➤ La radiographie thorax n'est plus obligatoire dans le dépistage systématique de la tuberculose

[314] Le dépistage de la tuberculose systématiquement réalisé auparavant sur tous les entrants par radiographie, a été adapté en 2010 au profit d'une appréciation clinique réalisée avant « s'il y a lieu, de prescrire un examen radiologique thoracique », dans les 8 jours suivant l'entrée en détention⁷⁴. 60 % des entrants en détention bénéficient de ce dépistage.

[315] En première ligne, figurent les Comités de lutte contre la tuberculose (CLAT) lesquels sont des dispositifs départementaux en charge d'organiser le dépistage de la tuberculose et de mener les enquêtes autour des cas avérés de tuberculose. En 2013, 57 % des USMP déclaraient avoir bénéficié d'un intervenant externe spécialisé dans la lutte contre la tuberculose⁷⁵.

[316] Les équipes soignantes adaptent leurs pratiques au contexte : la présence matérielle d'un appareil de radiologie n'est pas associée à un meilleur taux de dépistage car il y a davantage de dépistages dans les régions à haute prévalence comme en Île-de-France et en Guyane, et les établissements pénitentiaires avec un meilleur taux de dépistage sont ceux avec le plus d'interventions du CLAT⁷⁶.

⁶⁹ Données OMS. Juillet 2015. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/

⁷⁰ Mouquet M-C, La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et résultats, DREES, n°386, 2005.

⁷¹ Michel L et al., Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 39. 25 octobre 2011.

⁷² Avis du 20 juillet 2014 du Haut Conseil de Santé publique relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B par les vaccins ENGERIX B® 20 microgrammes/1 ml et GENHEVAC B Pasteur® 20 microgrammes/0,5 ml.

⁷³ Michel L et al., Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 39. 25 octobre 2011.

⁷⁴ Article D.384-1 du code procédure pénale, modifié par décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 - art. 29.

⁷⁵ Données de l'OSSD 2013.

⁷⁶ Rapport de l'OSSD sur le dépistage de la tuberculose en milieu carcéral. Direction générale de la santé. Bureau Santé des populations. Novembre 2014. 32p.

[317] Il est à relever toutefois qu'un tiers des USMP n'ont pas accès à la radiologie sur place⁷⁷. En cas d'indication, une extraction médicale vers un plateau d'imagerie s'avère nécessaire.

2.1.1.4 Le Plan a amorcé des actions de prévention des maladies non transmissibles

➤ Le Plan a veillé à adapter les dépistages organisés des cancers au contexte carcéral

[318] Dans le cadre du Plan 2010-2014, des travaux ont été engagés afin d'améliorer la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage (action 6.2 : « *Améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention* »).

[319] Le dépistage du cancer a lieu lors de la consultation médicale d'entrée, ou suite à une demande du personnel soignant ou de la personne détenue. Dans les cas où l'USMP ne dispose pas des matériels adaptés, appareil de mammographie, coloscopie, ou encore d'une astreinte de spécialiste gynécologue ou de sage-femme, la personne détenue doit être extraite vers l'établissement de santé de rattachement.

[320] Dans le cadre de la campagne nationale de dépistage organisé du cancer colorectal, c'est au médecin de l'USMP de remettre à la personne détenue⁷⁸ une enveloppe préaffranchie munie du kit de dépistage et de poster l'enveloppe avec son accord. Pour respecter le secret médical, la DGOS a demandé aux équipes des USMP, dans une note technique rédigée en juin 2012, d'être rendues destinataires de ces échanges et de les encadrer par une convention locale entre l'établissement pénitentiaire et la CPAM⁷⁹ car la voie postale du service vaguemestre de l'établissement pénitentiaire ne garantit pas l'assurance de la confidentialité aux courriers médicaux⁸⁰.

[321] Quant aux dépistages des cancers féminins (cancer du col de l'utérus et cancer du sein) dont la réalisation suppose la consultation d'un spécialiste, un état des lieux a été réalisé au cours de 2012 et 2013 au moyen d'une enquête flash « cancers féminins » de l'OSSD, laquelle souligne que le manque de sages-femmes et de gynécologues contraint le déploiement de ces dépistages. Désormais, les dépistages de ces cancers sont inclus dans le Plan Cancer 3, qui identifie la population carcérale comme prioritaire dans la lutte contre les inégalités d'accès aux dépistages organisés.

2.1.1.5 Bien que prévues par le Plan, les actions en matière de sexualité n'ont été que partiellement mises en œuvre

[322] La sexualité existe en milieu carcéral, même si elle reste taboue et potentiellement violente. Les derniers chiffres connus sont là aussi anciens : en 1994, 23 % des personnes détenues, hommes et femmes, rapportaient avoir eu deux partenaires sexuels ou plus durant les 12 derniers mois⁸¹. L'action 5.7 du Plan affichait l'objectif d'« *améliorer la prévention des risques liés à la sexualité et réunir les conditions du maintien d'une vie affective et sexuelle* ». Un groupe de travail santé-justice sur ce thème, non prévu initialement, a été mis en place, ce qui, de fait, a retardé la réalisation des actions initialement envisagées.

⁷⁷ Id.

⁷⁸ Ceci suppose que la personne détenue soit identifiée comme telle par la CPAM, ce qui est difficile dans certain cas notamment pour les personnes détenues de nationalité étrangère en demande de renouvellement de titre de séjour.

⁷⁹ Note technique sur le dépistage organisé du cancer colorectal en milieu carcéral DGS/MC1/CB/MC3/RAP/note technique. 28 juin 2012.

⁸⁰ Article 40 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.

⁸¹ Rotily, M., et al. "Le VIH en milieu carcéral: une enquête en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)." La Semaine des hôpitaux de Paris 70.31-32 (1994): 980-982.

[323] En l'absence de mise à disposition régulière et généralisée de préservatifs et de gels lubrifiants dans les établissements pénitentiaires⁸², les interventions de partenaires associatifs, notamment AIDES dans le cadre de la convention qui lie cette association avec la DAP, ainsi que les pratiques des USMP (remise de la main à la main, présentoirs à l'accueil de l'USMP) constituent les modes opératoires les plus fréquemment constatés mais organisés au cas par cas.

[324] En revanche, il faut souligner les actions réalisées depuis 2003 permettant à des établissements pénitentiaires de bénéficier de l'aménagement de parloirs familiaux (PF) et d'unités de vie familiales (UVF)⁸³. Ce sont des lieux de rencontre sans surveillance continue et directe de l'administration pénitentiaire qui autorisent l'intimité des relations et des conversations. Les personnes détenues peuvent être autorisées périodiquement à y recevoir des personnes titulaires d'un permis de visite pour une durée de 6 heures pour les parloirs familiaux ou de 6 à 72 heures pour les UVF⁸⁴.

➤ Les actions relatives à la sexualité des mineurs

[325] La mise en œuvre des orientations du Plan concernant l'éducation à la vie affective et sexuelle et à la prévention des risques des détenus mineurs (action 5.5 du Plan) a été différée faute d'accord entre les administrations concernées. Le Plan prévoyait également la généralisation d'une séance d'information sur les risques liés aux pratiques sexuelles à tous les mineurs en détention, en quartiers mineurs et en établissements pour mineurs, mais un retard important a été pris faute de contrat-cadre conclu entre la DPJJ et la DGS.

2.1.1.6 L'examen bucco-dentaire à l'entrée en détention n'est pas assuré systématiquement

[326] Les actions 7.1 et 7.2 du Plan prévoyaient un examen bucco-dentaire systématique à l'entrée en détention et l'amélioration de l'équipement des cabinets dentaires. Mais la mise en œuvre de ces orientations s'est heurtée à plusieurs difficultés⁸⁵. D'abord, l'élaboration d'un « état des lieux des USMP » et la « diffusion de directives adaptées » aux USMP sous-dotées n'ont pu avoir lieu du fait de l'absence de dentiste-référent à la DGS, qui persiste à ce jour. Surtout, les manques en dentistes (6 % des unités sanitaires ne disposent pas du tout de consultations de dentistes⁸⁶) et les moyens budgétaires et matériels alloués aux USMP n'ont pas permis de remplir ces objectifs. D'autant que le renforcement du dépistage augmente mécaniquement la saturation des listes d'attente en cabinets de soins dentaires.

[327] Enfin, le déploiement d'un deuxième fauteuil dentaire et d'un poste de radiographie panoramique dentaire, également prévu par le Plan, est souvent resté contraint par l'attribution de crédits et parfois la surface insuffisante des USMP : voir supra [178] .

[328] Face aux difficultés de recrutement de dentistes, des partenariats entre les UFR d'odontologie et les hôpitaux ont été initiés. Ils permettent d'affecter un interne et un externe aux activités de dépistage à l'USMP comme à Brest ou à Nancy. Cette présence qui est à Brest de deux demi-journées par semaine, identique à celle du chirurgien-dentiste en charge de l'encadrement du stage, permet de réduire la liste d'attente des personnes détenues⁸⁷.

⁸² En 2009, seuls 9 % des établissements pénitentiaires mettaient à disposition préservatifs et lubrifiants

⁸³ Circulaire JUSC0340043C du 18 mars 2003 relative à l'« expérimentation d'unités de vie familiale ».

⁸⁴ Circulaire de la DAP du 26 mars 2009 relative aux unités de vie familiale (UVF).

⁸⁵ Une instruction DGS/DGOS a cependant été diffusée en août 2011 concernant « l'examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en détention et la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires ».

⁸⁶ 88 établissements sur 175 ont renseigné cette information dans le rapport d'activité OSSD pour 2013.

⁸⁷ Yves Leyer. Ecriture et mise en œuvre d'un protocole de soins buccodentaires à l'UCSA de la maison d'arrêt de Brest : pour une meilleure prise en charge de la douleur d'origine dentaire. Other [q-bio.OT]. 2012.

- [329] Les pièces-à-main dentaires, dont le bon état permet de diminuer le risque de contamination lié à la forte prévalence des maladies transmissibles en milieu carcéral (VHC, VHB, VIH), doivent faire l'objet d'un entretien et d'un renouvellement au même titre que les instruments de soins courants. Ponctuellement, la mission a constaté que l'USMP pouvait rencontrer des difficultés sur ce point⁸⁸.

Recommandation n°11 : Garantir une prise en compte formalisée des enjeux de prévention, en prévoyant systématiquement un point « prévention » lors des comités de coordination, possiblement par la présentation d'un bilan standardisé d'activités du COPIL prévention.

2.1.2 La prise en charge des addictions à l'épreuve d'un traitement de masse

- [330] En 2003-2004, en milieu carcéral, la prévalence des dépendances à une ou des substances stupéfiantes était en métropole de 15,6 % (4 % en maison centrale, 10,8 % en centre de détention et 20,9 % en maison d'arrêt⁸⁹). La prise en charge des addictions constitue autant un enjeu de santé publique qu'un élément de prévention de la récidive et de préparation de la sortie et de la réinsertion. La mission MAP IGF/IGAS/IGSJ relative à la réinsertion a d'ailleurs décidé de mettre l'accent sur ce thème.

2.1.2.1 Le Plan a mis l'accent sur le renforcement de la coordination des intervenants

- [331] En application de l'action 12.2 du plan, la prise en charge des addictions a fait l'objet d'une instruction DGOS-DGS en 2010 pour préciser les temps de repérage, de diagnostic, de définition du projet de soins adapté, et de préparation à la sortie⁹⁰.
- [332] Le repérage passe par le bilan sur les addictions réalisé systématiquement à l'entrée en détention, sous forme d'un questionnaire papier et de la consultation avec un personnel infirmier d'orientation qui se base sur ce questionnaire. Un médecin est rencontré si besoin, notamment pour la prescription d'un traitement de substitution.
- [333] Le protocole de soins et la préparation à la sortie sont confiés, lorsqu'ils existent, au Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent pour l'unité sanitaire⁹¹. Les CSAPA sont des établissements médico-sociaux gérés par un établissement de santé ou par une association. Une dizaine d'établissements pénitentiaires de grande densité carcérale disposent d'un CSAPA en propre⁹². Les partenariats conclus entre les CSAPA et les unités sanitaires ont cru de 120 % entre 2009 et 2013 et ils concernent désormais 159 CSAPA référents identifiés et 75 % des établissements pénitentiaires⁹³. Désormais, au-delà de cette couverture territoriale en voie d'achèvement, l'enjeu réside dans l'adaptation des interventions des CSAPA en milieu carcéral.

⁸⁸ L'ARS Rhône-Alpes a indiqué avoir financé le renouvellement des pièces-à-mains dentaires dans une maison d'arrêt.

⁸⁹ Falissard et al., Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral - Décembre 2004.

⁹⁰ 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.

⁹¹ La maison d'arrêt de Nîmes bénéficie de l'intervention d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et de celle d'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Ce dernier organise près de 200 rencontres par an avec les personnes détenues. Ces structures assurent des permanences d'accueil et soutien, des ateliers santé et d'information thérapeutique, des permanences quartier arrivants hommes le mercredi matin, des permanences détention femmes une fois par mois et des permanences USMP avec entretiens individuels le mercredi après-midi. L'établissement bénéficie en outre de la présence d'un mi-temps d'éducateur qui organise des réunions autour de la RDR avec les partenaires et des séances de travail « risques liés à la sortie ».

⁹² Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des PPSMJ. Ministère de la Justice et Ministère chargé des Affaires sociales et de la Santé, 2012.

⁹³ Données de l'OSSD.

[334] La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), rencontrée par la mission, propose de rendre systématique l'application d'un cahier des charges pour les CSAPA référents, dont l'élaboration doit être coproduite pour garantir une homogénéité des pratiques et des modes d'intervention, alors même que beaucoup de CSAPA se spécialisent et apportent une aide hétérogène selon les addictions.

[335] La MILDECA a soutenu et accompagné localement plusieurs projets dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives débuté en 2013. Cinq actions ciblent précisément les personnes détenues en visant à prévenir la récurrence en lien avec les addictions, en diffusant des vidéos de prévention, en établissant un cahier des charges, en appuyant les CSAPA référents ainsi que les équipes de liaison et de soins en addictologie et en informant du détournement de médicaments.

Recommandation n°12 : Associer davantage la MILDECA à l'élaboration et au pilotage du futur Programme d'actions.

2.1.2.2 Une prise en charge croissante des toxicomanies

► La substitution aux opiacés

[336] La prise en charge des toxicomanies aux opiacés repose sur les mêmes recommandations que celles du milieu libre, c'est-à-dire la proposition d'une aide au sevrage, d'une substitution et de mesures de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Compte tenu des personnels soignants disponibles et des besoins de soins dans les USMP, l'aide au sevrage se fait principalement par le biais de l'éducateur spécialisé du CSAPA référent. Le Plan (action 12.2) a permis l'élaboration d'un guide sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO).

[337] Les personnes détenues ont mieux accès aux TSO qu'auparavant. La proportion de personnes détenues sous traitement oral de substitution aux opiacés est en augmentation constante : 2 % en 1998, 3,3 % en 1999, 5,4 % en 2001, 6,6 % en 2004 et 9 % en 2013⁹⁴. En 1998, 44 établissements pénitentiaires (28 %) n'avaient encore aucune personne détenue sous TSO mais en 2010 toutes les USMP y avaient accès⁹⁵.

[338] La durée de prescription des TSO tels que la méthadone (MTD) et la buprénorphine haut dosage (BHD, associée ou non à la naloxone) a fait l'objet d'une conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁹⁶. Pour autant, dans la pratique, une équipe médicale d'USMP a indiqué à la mission ne pas pouvoir systématiquement réévaluer les prescriptions de traitement par TSO initiés en début de détention par manque de médecin psychiatre. En conséquence, la même posologie de TSO peut « courir » sur toute une durée de détention, bien que le renouvellement automatique de la MTD et de la BHD soit proscrit par la HAS⁹⁷ et que 31 % des TSO soient initiés en milieu carcéral⁹⁸.

⁹⁴ Id.

⁹⁵ Rapport de l'OSSD sur la prescription des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Mai 2015.

⁹⁶ Afin de limiter le stockage, le trafic, le mésusage et l'usage à risque des traitements de substitution aux opiacés, la Haute Autorité Sanitaire a limité leur durée de prescription.

Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. HAS. 2004.

⁹⁷ Id.

⁹⁸ Prévacar InVS-DGS 2010. BEH 35-36 novembre 2013.

- [339] La dispensation des TSO en milieu carcéral ne s'effectue pas de la même manière qu'en milieu libre, et les pratiques de prescription varient selon les équipes soignantes et les personnes détenues sous traitement : en liberté, les TSO sont délivrés en quantité suffisante pour 7 jours ou 14 jours suivant la réglementation⁹⁹, alors qu'en détention ils sont fractionnés, soit par dispensation quotidienne, pluri journalière ou hebdomadaire. En l'absence de personnel infirmier le week-end, les médicaments peuvent en pratique être confiés à la personne détenue en fin de semaine.
- [340] Une équipe soignante a invoqué le principe de responsabilité et l'objectif de réinsertion des personnes détenues pour justifier la remise en mains propres d'une quantité de TSO suffisante pour plusieurs jours. Cette logique semble être mieux adaptée lorsque la population carcérale de l'établissement est à faible risque de trafic.
- [341] Le secret médical est de fait mis à mal : lorsqu'une personne détenue est convoquée à un rendez-vous, souvent fixe et quotidien, à l'unité sanitaire à l'heure où s'effectue la dispensation de TSO, le motif de ses allées et venues n'est inconnu pour personne en détention, ni des codétenus ni des personnels non soignants.
- Les outils déjà en vigueur de réduction des risques se déploient lentement en prison
- [342] Plus de 1 % des personnes détenues déclarent s'injecter de la drogue en milieu carcéral¹⁰⁰. Depuis 1996, les établissements pénitentiaires doivent réglementairement remettre toutes les deux semaines de l'eau de javel à 12° de chlore aux personnes détenues¹⁰¹ pour pallier le risque infectieux lié à ces pratiques¹⁰². 14 % des établissements pénitentiaires seulement appliqueraient cette réglementation¹⁰³.
- [343] La question de l'échange de seringues en détention, dans le cadre de la réduction des risques et à l'instar de ce qui est mis en place pour les personnes libres, a longtemps été différée alors que des expérimentations étaient envisageables. Après l'adoption définitive de la loi de modernisation de la santé qui lui confèrera une base légale, cette mesure pourra être progressivement déployée¹⁰⁴.
- [344] Par ailleurs, la distribution de pailles à usage unique ou « kits sniff » vise à diminuer les risques de contamination et d'abcès liés à l'échange et à la réutilisation de pailles lors de la consommation de stupéfiants par voie nasale. Ce dispositif est à l'étude dans la maison d'arrêt de Lyon-Corbas en lien avec l'hôpital de rattachement.

2.1.2.3 Le Plan n'a pas abordé spécifiquement la question de l'alcoolisme

- [345] Les condamnations liées à l'alcool sont parmi les plus fréquentes. En 2013, une condamnation sur six faisait suite à une conduite en état alcoolique¹⁰⁵. L'incarcération peut être le recours ultime et dissuasif au non-respect des mesures d'obligation de soins avec suivi médico-socio-judiciaire en cas d'infraction ou de délit lié à l'alcool.

⁹⁹ Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. HAS. 2004.

¹⁰⁰ Sannier O et al., Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficiente et inefficace, *Presse Med* (2012), doi : 10.1016/j.lpm.2011.12.015.

¹⁰¹ Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire: prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

¹⁰² C'est-à-dire qu'elles désinfectent leur matériel d'injection, si elles en font usage, en plus de leurs cellules.

¹⁰³ Michel L et al., Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 39 publié le 25 octobre 2011.

¹⁰⁴ Ces expérimentations pourront s'appuyer sur les réflexions d'un groupe de travail santé-justice qui a été mobilisé sur la faisabilité d'un programme d'échange de seringues en milieu carcéral non prévu dans la circulaire de 1996.

¹⁰⁵ Condamnations selon la nature de l'infraction de 1990 à 2013. Ministère de la Justice. <http://www.justice.gouv.fr/budget-et-statistiques-10054/donnees-statistiques-10302/les-condamnations-27130.html>

- [346] 7,8 % des personnes détenues ont déjà été suivies par un dispositif de lutte contre l'alcoolisme avant leur incarcération¹⁰⁶. La consommation d'alcool est interdite en milieu carcéral mais il est parfois possible de s'en procurer par fabrication artisanale ou trafic. Il s'agit donc là aussi d'un phénomène massif, d'un enjeu réel de santé publique mais également de réinsertion, qui n'a pas suffisamment été pris en compte par le Plan 2010-2014.
- [347] Actuellement, le suivi médico-social en matière d'usage d'alcool s'arrête à l'arrivée en détention, il apparaît donc prioritaire que des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) soient mieux déployées, avec l'appui des ARS, auprès de ces publics particulièrement à risque.

2.1.2.4 Le tabagisme est un enjeu de santé publique et pose un défi d'organisation en détention

- [348] Selon une étude de l'OSSD, 80 % des personnes détenues fument en cellule ou en promenade alors que seules 5 % reçoivent un traitement de substitution nicotinique (TSN)¹⁰⁷. Cette étude a montré que l'intervention des CSAPA en milieu carcéral n'était pas source d'une meilleure couverture en TSN. Tous ne fournissent pas une consultation de tabacologie.
- [349] Le choix des TSN est lié au groupement d'achat passé par l'établissement sanitaire de rattachement. Ils sont dispensés uniquement par la pharmacie hospitalière. Les gommes à mâcher sont proscrites par les règlements intérieurs des établissements pénitentiaires.
- [350] La DGOS précise que « *les TSN doivent être fournis gratuitement via la pharmacie de l'USMP, ce qui suppose que le financement soit assuré et garanti pour les pharmacies hospitalières* »¹⁰⁸, ce qui sera facilité par l'augmentation de la prise en charge par l'assurance maladie dans le cadre du Plan national de réduction du tabagisme 2014-2019¹⁰⁹. Par ailleurs, la cigarette électronique a été autorisée par l'administration pénitentiaire en 2014¹¹⁰. Les choix de dosage et de produits restent encore limités¹¹¹.
- [351] Alors que la loi Evin¹¹² ne prévoit aucune exception à son application en milieu carcéral, y compris en cellule, il n'existe, de fait, aucune interdiction d'y fumer. Durant les déplacements de la mission, la plupart des cellules visitées présentaient une odeur de cigarette¹¹³. La circulaire relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire tolère le tabagisme en cellule à la seule condition que « *la cellule soit occupée exclusivement par des personnes détenues majeures se déclarant fumeurs* »¹¹⁴. Si le plus souvent, l'administration pénitentiaire cherche à donner satisfaction aux demandes d'évitement d'une cohabitation dans une cellule de fumeurs, elle peut se heurter à des difficultés d'organisation pour prendre en compte attentivement cette demande. En octobre 2015, l'Etat a été condamné pour atteinte caractérisée à la dignité humaine, il a été considéré que l'encellulement d'un détenu non fumeur avec plusieurs détenus fumeurs dans un espace trop étroit constituait une atteinte à la dignité¹¹⁵.

¹⁰⁶ Falissard et al., Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral - Décembre 2004.

¹⁰⁷ Activité des unités sanitaires en 2011 et 2012 d'après les données de l'OSSD.

¹⁰⁸ Rapport de l'OSSD sur la prescription des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Mai 2015.

¹⁰⁹ L'Assurance maladie a augmenté le remboursement de certains TSN de 50 à 150 € par an et par bénéficiaire. Ces bénéficiaires sont les jeunes (20-30 ans), les femmes enceintes, les personnes bénéficiant de la CMU-C ou en Affection Longue Durée (ALD) pour cancer. Le cas non échéant, le remboursement reste de 50 €

¹¹⁰ Note DAP du 11 août 2014.

¹¹¹ Rapport de l'OSSD sur la prescription des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Mai 2015.

¹¹² Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

¹¹³ Hors quartier nurserie.

¹¹⁴ 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.

¹¹⁵ Tribunal administratif de Caen.

- [352] Une action graduée permettant de proposer de manière pérenne des cellules non-fumeur aux personnes détenues le souhaitant, sur simple demande, puis des quartiers, voire des prisons non-fumeur dotées de fumoirs, doit être programmée. En apparence délicate à imposer tant la consommation de tabac est développée en prison, une réglementation forte de lutte contre le tabac en milieu carcéral va toutefois s'appliquer progressivement dans les prisons du Royaume-Uni à partir de janvier 2016.

Recommandation n°13 : Permettre à toute personne détenue non fumeur d'être incarcérée dans une cellule non fumeur, puis prévoir la création d'un quartier non-fumeur dans chaque établissement afin de respecter le choix et la santé de la personne détenue.

2.1.3 Le suivi en détention d'un traitement en rapport avec l'infraction n'est pas généralisé

- [353] Au-delà de la prise en charge des pathologies psychiatriques classiques, le corps médical est sollicité par les condamnés qui souhaitent suivre un traitement en rapport avec l'infraction pour laquelle ils ont été condamnés, soit de leur initiative, soit à la demande du juge de l'application des peines (JAP).
- [354] En particulier, le JAP peut demander aux personnes condamnées pour des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru¹¹⁶, de suivre de manière régulière des soins en détention. L'octroi des mesures d'aménagement de peine est alors conditionné à l'acceptation du traitement proposé et à son suivi régulier.
- [355] La mission n'a pas procédé à une évaluation de la mise en œuvre de cette incitation aux soins en détention, laquelle n'avait pas donné lieu à une action du Plan, à l'exception de celle relative aux AICS (action 11.1) mais elle est en mesure de faire plusieurs constats qui plaident pour une inscription de cette problématique dans les axes du futur Programme d'actions.

2.1.3.1 Une offre de soins inégale

- [356] Il n'existe pas d'indicateur permettant de connaître le nombre de condamnés n'ayant pas accès aux soins en rapport avec l'infraction commise, nonobstant leurs demandes. Pour autant, dans plusieurs établissements pénitentiaires, les magistrats ont exposé que le manque de psychiatres ou de psychologues constitue un obstacle à l'accès à un programme de traitement.
- [357] Selon l'Association nationale des JAP (ANJAP), dans cette hypothèse, certains juges accordent les réductions de peine au seul motif que le condamné est demandeur de soins, l'absence de suivi n'étant pas de son fait, tandis que d'autres JAP les refusent.
- [358] S'agissant plus spécialement des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), l'un des objectifs du Plan 2010-2014 était de « *Conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisée pour les AICS* » (action n° 11.1). Cette évaluation de l'offre de soins accessible aux AICS n'est pas achevée à ce jour. Selon l'enquête menée par la DGOS dans le cadre de cette action, sur les 22 établissements spécialisés AICS, seuls 12 présentent une spécialisation effective (équipe complète avec poste dédié, projet médical), et dans cinq au moins la spécialisation est très peu avancée. Outre les difficultés de recrutement de psychiatres pour certains établissements du fait de leur localisation, il est relevé également des problèmes de mobilisation des équipes, de suivi de l'activité et de coordination avec l'administration pénitentiaire.

¹¹⁶ Soit notamment les infractions à caractère sexuel, mais aussi, par exemple, les atteintes volontaires à la vie, les violences entre conjoints ou les destructions dangereuses.

- [359] Il apparaît indispensable que cette évaluation conjointe DGOS/DAP soit menée à terme, et s'accompagne, plus généralement, d'une évaluation des besoins de soins à visée criminologique en lien avec la condamnation, pour permettre de définir une offre adaptée, tant quantitative (ETP de médecins psychiatres et de psychologues, nombre de lits en hospitalisations de jour), que qualitative (type de suivi, atelier thérapeutique, CATTP).

2.1.3.2 Une coordination santé-justice insuffisante

- [360] Les magistrats n'ont pas toujours de visibilité sur la nature du suivi des soins en rapport avec l'infraction commise, et l'investissement des personnes détenues, de sorte qu'ils estiment ne pas être en mesure de prendre des décisions suffisamment éclairées, lorsqu'il n'y a pas d'expertise.
- [361] Pour leur part, les médecins psychiatres s'inscrivent dans une démarche thérapeutique s'appuyant sur le respect du secret médical, soucieux de préserver l'indépendance de leurs pratiques professionnelles vis-à-vis de l'institution judiciaire.
- [362] Des difficultés se cristallisent autour de l'attestation sur la régularité du suivi, prévue par la loi du 27 mars 2012 et remise par le médecin une fois par trimestre au patient détenu, source d'ambiguïtés et de pratiques divergentes : Voir l'annexe 3.
- [363] D'une façon générale, la mission fait le constat que, faute d'un cadre juridique ou méthodologique, la coordination entre professionnels de santé et professionnels de justice (CPIP et magistrats) est disparate. Lorsqu'elles existent, les réunions régulières paraissent essentielles pour permettre aux acteurs de se comprendre, par exemple aux magistrats de connaître avec précision les projets de service des équipes médicales, ou aux médecins d'appréhender la politique d'aménagement des peines des juges, sans qu'il soit besoin d'aborder les situations individuelles des personnes détenues suivies, couvertes par le secret médical. Ainsi, à Perpignan, le médecin psychiatre organise une à deux réunions santé-justice par an sur le suivi des AICS, avec les CRIAVS, les JAP, le directeur du SPIP et les médecins coordonnateurs.

2.1.3.3 Poursuivre la réflexion sur les soins en lien avec la condamnation

- [364] Il est apparu à la mission que la mise en œuvre de l'incitation aux soins en détention, appliquée aux AICS et à d'autres condamnés, devrait, après plusieurs années d'application, faire l'objet d'un bilan tant quantitatif que qualitatif.
- [365] La mission préconise la constitution d'un groupe de travail interministériel santé-justice, sur le modèle du groupe de travail sur la suspension de peine pour raisons médicales, dans l'objectif d'améliorer l'articulation entre les professionnels de santé et de justice dans la mise en œuvre de l'incitation aux soins en détention et assurer, dans le respect des exigences professionnelles des acteurs, la circulation de l'information. Ce groupe pourrait aussi expertiser l'intérêt et la faisabilité d'étendre le rôle du médecin coordonnateur prévu par le dispositif de l'injonction de soins en milieu ouvert, au champ de l'incitation aux soins en milieu fermé.
- [366] D'une façon générale, s'il existe des équipes médicales pionnières très investies, le suivi médical en lien avec l'infraction continue de faire débat et manque en France de fondements théoriques, comme l'avait d'ailleurs souligné la Conférence de Consensus.
- [367] Il apparaît nécessaire de prolonger la réflexion commune de l'ensemble des professionnels de cultures différentes et de proposer la tenue de colloques ou de réunions dédiées entre partenaires de santé, l'administration pénitentiaire et des magistrats sur l'incitation aux soins en détention et le partage de l'information. Ainsi, l'ARS de Picardie, dans le cadre des rencontres santé-justice, a consacré un atelier au thème du partage de l'information, réunissant des professionnels de terrain et des représentants des institutions.

- [368] Les espaces de concertation sur les sujets transversaux sont de nature à faire progresser la réflexion : la restauration du principe d'individualisation initiée par la loi du 15 août 2014, l'évolution du rôle du juge de l'application de peines vers un office tutélaire plutôt que sanctionnateur, l'émergence de la notion de personne détenue acteur de sa peine et de son projet de soins sont de nature à renouveler ce débat sur le partage de l'information.
- [369] L'instruction adressée aux directeurs généraux des ARS rappelant l'importance de réunir les commissions régionales santé-justice (Recommandation n°5 : voir *supra*), pourrait inciter les ARS à inscrire cette problématique à l'ordre du jour de ces réunions.

Recommandation n°14 : Lancer des appels à projets afin de promouvoir des recherches sur l'aspect médico-psychologique et/ou les suivis en détention de soins en lien avec une condamnation.

2.1.4 Un niveau encore élevé de suicides en prison

- [370] Le taux de suicide des personnes majeures en prison est sept fois supérieur à celui observé pour les hommes dans la population générale. En 2014, 94 suicides suite à un passage à l'acte en détention étaient à déplorer.
- [371] L'administration pénitentiaire a développé une politique de prévention du suicide, marquée notamment par l'adoption, en 2009, d'un plan national d'action et par une action spécifique du Plan (action 1.3). Le ministère de la justice a initié, en mars 2015, un audit interne confié à l'IGSJ, avec l'appui de l'IGAS, sur les conditions de la mise en œuvre de ce plan. Le rapport d'audit a été remis aux ministres de la justice et de la santé en septembre 2015.
- [372] Compte tenu de cet audit interne, la présente mission n'a pas procédé à une évaluation spécifique de l'action n° 1.3 du Plan 2010-2014 relative à la prévention du suicide. Néanmoins, les deux missions se sont coordonnées et ont pu échanger sur leurs constats et préconisations, dans la mesure où la politique de prévention du suicide implique fortement les personnels de santé.
- [373] Les observations de la mission recourent les conclusions de l'audit, auxquelles elle renvoie :
- le partage de l'information entre l'administration pénitentiaire et les équipes médicales des USMP reste source de tensions et d'incompréhensions alors que la transmission d'informations sur le risque que présente une personne pour elle-même est indispensable à la mise en œuvre d'une politique efficiente de prévention ;
 - le nécessaire renforcement des échanges entre autorité judiciaire, administration pénitentiaire et professionnels de santé et approuve l'organisation de colloques pluridisciplinaires sur ces sujets, de nature à rapprocher les professionnels d'horizons et de cultures divers ;
 - les difficultés dans le pilotage local et régional de la politique de prévention du suicide, qui se recourent avec celles identifiées par la mission dans le pilotage du Plan 2010-2014 ;
 - le constat que la prise en charge des personnes détenues à tendances suicidaires ne doit pas se limiter à la mise en place de mesures de surveillance passive mais doit permettre une réponse aux difficultés rencontrées par la personne détenue et la construction d'un plan individuel de protection destiné à agir sur les déterminants de la souffrance ;
 - la nécessité d'une prise en charge sanitaire adaptée au-delà du placement en cellules de protection d'urgence (CProU) ;
 - Par ailleurs, lors de ses déplacements et des entretiens avec des psychiatres la mission a pu, comme l'audit sur la prévention du suicide, pointer les difficultés rencontrées par les personnes détenues non-francophones et elle rejoint la recommandation du recours

à l'interprétariat par téléphone et à l'élaboration de plaquettes de pictogrammes facilitant l'identification des émotions.

[374] Ainsi, sous l'angle de la prévention du suicide, l'ensemble des préconisations de la présente mission sur le renforcement nécessaire de l'offre de soins psychiatrique et psychologique prend une acuité particulière.

2.1.5 Les enjeux de la perte d'autonomie, liée au vieillissement et/ou aux handicaps, et de la fin de vie sont insuffisamment pris en compte par le dispositif de soins en prison

[375] Les difficultés soulevées par la perte d'autonomie sont multiples et télescopent le fonctionnement pénitentiaire : les besoins en appareillage, l'adaptation ergonomique en cellule (...), mais aussi les régimes alimentaires et surtout la question des aides humaines pour les actes quotidiens¹¹⁷. Les responsables des ARS et DISP rencontrés par la mission ont ponctuellement souligné être saisis de ces difficultés sur des situations individuelles. Pour leur part, les professionnels de santé ont régulièrement et spontanément évoqué l'augmentation du nombre de situations de ce type qu'ils ont à connaître et les obstacles auxquels ils sont confrontés.

➤ Des besoins croissants mais peu documentés

[376] Deux tiers des personnes détenues se plaignent d'une déficience, soit le double de la population générale. 45 % manifestent au moins une déficience intellectuelle, 17 % au moins une déficience sensorielle, 25 % au moins une déficience motrice et 20 % au moins une déficience viscérale. Selon l'enquête MRIE¹¹⁸ réalisée en 2009 en région Rhône-Alpes chez des personnes détenues de 60 ans et plus, 52 % rencontraient des difficultés à accomplir seules certains actes de la vie quotidienne comme monter des escaliers, faire sa toilette, s'habiller seul, manger ou encore nettoyer sa cellule.

[377] Le vieillissement de la population carcérale est un phénomène en cours : au 1^{er} janvier 2015, 2.509 personnes détenues étaient âgées de plus de 60 ans (dont 115 identifiées en perte d'autonomie), soit 3,62 % de la population pénale écrouée détenue : 1.328 détenus âgés de 60 à 65 ans ; 688 de 65 à 70 ans, 298 de 70 à 75, 149 de 75 à 80 et 46 de plus de 80 ans. Par ailleurs, 329 personnes détenues handicapées sont recensées, soit 0,5 % de la population pénale écrouée détenue.

➤ L'inadaptation des locaux à la perte d'autonomie, l'impossible accessibilité universelle

[378] Une enquête de l'association OIP¹¹⁹, réalisée à partir de questionnaires adressés aux USMP (53 services soit 28 % des établissements pénitentiaires ont répondu) a illustré en 2010 les difficultés structurelles d'adaptation de la prison à la perte d'autonomie. 60 % des USMP ayant répondu indiquaient alors que leurs établissements ne disposaient d'aucune cellule spécifiquement aménagée pour l'hébergement des personnes âgées ou à mobilité réduite. L'accessibilité des lieux communs (salles d'activités, bibliothèques, parloirs, cours de promenade, et locaux mêmes de l'USMP) était difficile dans 65 % des établissements ayant participé à cette enquête.

¹¹⁷ Céline PADIOLLEAU, la prise en charge des personnes handicapées en milieu carcéral, mémoire de recherche et d'application professionnelle, ENAP, 41^{ème} promotion, juin 2013.

¹¹⁸ Enquête de 2010 de Mission régionale Rhône-Alpes d'information sur l'exclusion réalisée à la demande de la DAP, « Prison, santé et vieillissement ».

¹¹⁹ Citée dans le dossier « vieillir derrière les barreaux » in Soins gérontologie, n°88, mars-avril 2011.

- [379] La DAP a réalisé auprès de l'ensemble des établissements pénitentiaires une enquête sur la dépendance et le handicap en 2013. Il existe 315 places « personnes à mobilité réduite » (PMR) et 243 places « adaptées » recensées dans 90 établissements, dont 53 établissements construits ou rénovés dans le cadre des trois programmes de constructions successifs initiés en 1987 et prenant fin en 2014 (plans « 13.000 », « 4.000 » et « 13.200 ») mais la mission a pu constater que celles-ci n'étaient pas toujours conformes aux prescriptions d'une cellule PMR et leur localisation pas toujours pertinente.
- [380] Au total, selon cette même enquête de la DAP, seuls 30 % des établissements indiquent avoir effectué des aménagements pour faciliter les conditions de détention des personnes détenues dépendantes, ce qui souligne en creux l'ampleur des besoins qui subsistent : pose de rampe d'accès dans les différents lieux du bâtiment (motorisée dans un seul établissement pénitentiaire), installation de bancs dans les cours de promenade, accès aux monte-charges ou aux ascenseurs (normalement réservés aux personnels), installation de poignées de maintien et sièges de douche, barres de WC, affectation en rez-de-chaussée, avec douche en cellule, au plus près de l'unité sanitaire, mise à disposition d'alarme individuelle, déplacement de l'interphone cellule près du lit. L'environnement architectural est très souvent inadapté à l'accueil de la perte d'autonomie¹²⁰.
- L'accès aux droits sociaux est rendu compliqué par les difficultés de domiciliation et d'évaluation
- [381] Le cadre juridique de l'application de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la Prestation de compensation du handicap (PCH) dans les établissements pénitentiaires est toujours en cours de définition. En parallèle à l'enquête de La DAP sur la dépendance et le handicap au sein des établissements pénitentiaires, deux notes DAP/DGCL sont venues préciser les modalités de la domiciliation en établissement pénitentiaire des personnes détenues, laquelle constitue un obstacle récurrent et une source d'allongement des délais : le droit commun demeure la domiciliation en Centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS/CIAS), ou auprès d'un organisme agréé. Toutefois, la domiciliation en établissement pénitentiaire est désormais possible pour celles qui sont privées de domicile de secours mais d'après la note DAP/DGCL du 9 mars 2015 « *on doit y recourir quand aucune autre solution n'a été trouvée* ». Elle prend fin à la levée d'écrou et il importe au SPIP de se mettre en relation avec les CCAS, CIAS ou organismes agréés pertinents.
- [382] Au-delà de la domiciliation, l'amélioration des délais d'instruction des dossiers gérés par les MDPH (PCH) et les Conseils départementaux (APA) est nécessaire, 45 % des établissements pénitentiaires consultés par la DAP ayant déclaré rencontrer des difficultés chroniques. Tant pour l'APA que pour la PCH, l'évaluation in situ des besoins de la personne détenue par l'équipe médico-sociale du Conseil départemental ou de la MDPH demeure exceptionnelle.
- Les aides humaines se mettent en place très difficilement et le recours informel au codétenu demeure le plus répandu
- [383] Passé l'obstacle de l'accès aux droits, la difficulté objective de trouver des auxiliaires de vie volontaires limite l'effectivité des prestations. De ce fait, l'intervention d'auxiliaires de vie auprès des détenus dépendants demeure exceptionnelle et a lieu essentiellement dans les établissements pour peine dans lesquels la durée de détention est la plus longue et la moyenne d'âge la plus élevée.
- [384] Les SPIP sont en effet confrontés à la difficulté de trouver des associations d'aide à la personne conventionnées, et des auxiliaires de vie formés pour intervenir dans les établissements pénitentiaires. Il est régulièrement fait état d'incivilités et de manque de respect de la part de personnes détenues à l'égard des intervenants, ce qui fragilise ces interventions d'autant que le personnel d'aide à domicile est très majoritairement féminin.

¹²⁰ La prison face au vieillissement-expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus âgés, Caroline Touraut, Aline Déséquelles, rapport final de recherches avec le soutien du GIP- mission de recherche Droit et justice et de l'INED, mai 2015.

- [385] Un mouvement de contractualisation existe dans les établissements pénitentiaires et des modèles de conventions sont diffusés. Mais il demeure très insuffisant. D'après l'enquête de la DAP précitée, 35 établissements pénitentiaires avaient signé une convention avec des services de soins à domicile (SSAD), soit 20 %. Pour autant, le mode de financement à l'acte des services d'aide pénalise les interventions en détention, eu égard au temps d'accès des intervenants jusqu'à la personne aidée, qui ne sont pas payés, et du fait du ticket modérateur restant à la charge de la personne détenue dépendante existant pour l'APA à domicile.
- [386] La DAP indique qu'en conséquence, plusieurs établissements pénitentiaires ont posé la question de l'intervention du personnel infirmier de l'unité sanitaire pour prendre en charge les soins d'hygiène des personnes détenues en situation de dépendance, mais actuellement très peu d'infirmières des unités sanitaires acceptent de prendre en charge les toilettes médicalisées des personnes dépendantes, cette tâche ne relevant d'ailleurs pas de leur compétence.
- [387] S'agissant des soins infirmiers, en 2013, 9 établissements avaient signé une convention avec des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), soit à peine 5 % d'entre eux. Une telle convention concerne les établissements qui ne bénéficient pas d'une intervention infirmière des personnels de l'USMP, auquel cas les cabinets d'infirmiers libéraux sont sollicités, avec les mêmes difficultés pratiques d'accès que celles relevées pour les interventions des SAD. Mais confrontées à une demande nouvelle et croissante, dans de nombreux établissements, les soins infirmiers aux personnes dépendantes sont désormais pris en charge par l'unité sanitaire qui bénéficie alors d'aides-soignants hospitaliers grâce à un financement spécifique de l'ARS territorialement compétente¹²¹.
- [388] Le monde pénitentiaire ne pourra pas échapper à la réalité du besoin d'une prise en charge pérenne et professionnelle de la perte d'autonomie. La réponse ne pourra pas venir partout d'un renforcement des moyens au sein des USMP assurant les missions normalement dévolues à l'aide et aux soins à domicile. Le droit commun de la prise en charge médico-sociale doit lui aussi pénétrer en détention, ce qui nécessite des acteurs sensibilisés et formés aux enjeux spécifiques, ainsi que des modalités de financement adaptées. Un travail avec les grandes fédérations du soin et de l'aide à domicile (UNA, ADMR...) doit s'engager et associer les Conseils départementaux (au travers de l'Assemblée des départements de France) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour son rôle d'expertise et ses possibilités de financements idoines.
- [389] Pour l'heure, et compte-tenu de ces difficultés, des modes de prise en charge plus ou moins informels se sont développés. Dans le cadre de l'article 50 de la loi pénitentiaire de 2009 reconnaissant le droit « à toute personne détenue se trouvant en situation de handicap (...) de désigner un aidant de son choix », près de 52 % des établissements faisaient en 2013 appel à un codétenu pour assurer l'aide à la vie quotidienne des personnes dépendantes incarcérées.
- [390] Trois quarts d'entre eux précisent ne pas accorder de statut particulier aux codétenus effectuant ce travail. D'autres font appel à des détenus auxiliaires désignés dans le cadre d'une commission pluridisciplinaire unique. Dans la majorité des cas, ces personnes détenues aidantes sont choisies sur la base du volontariat et au regard de leur profil calme et empathique. Certains établissements élaborent des fiches de postes spécifiques « auxiliaire d'aide à l'indigence » ou encore « auxiliaire assistant de vie ». Les principales tâches effectuées sont le nettoyage de la cellule, l'aide aux déplacements (accompagnement à l'unité sanitaire, au parloir, à la promenade, etc.), l'aide au repas (ouvrir les barquettes, couper la viande, etc.), certains évoquent l'accompagnement à la douche, l'aide à la toilette et à l'habillage.

¹²¹ Ainsi, l'ARS de Picardie, après une évaluation spécifique des besoins de ces populations, finance depuis quelques années 3 postes d'aide médico-psychologique ou d'aide-soignant pour l'accompagnement de la dépendance. Ces personnels sont intégrés dans les équipes des USMP.

- [391] Partout, face à ce recours à l'« aidant naturel » que devient le codétenu désigné, un sentiment de malaise a été exprimé par les acteurs, tant pénitentiaires que sanitaires rencontrés par la mission, qui évoquent des risques d'abus de faiblesse sur des publics vulnérables, voire de racket, mais aussi l'ampleur de la responsabilité ainsi confiée au codétenu au regard des gestes parfois techniques et toujours intimes qu'il lui est demandé d'accomplir¹²². Une évolution pourrait d'ailleurs consister à « professionnaliser » cette mission au sein des établissements pénitentiaires, en formant des personnes détenues volontaires et en les rémunérant¹²³.
- Les difficultés dans la prise en charge en aval des personnes âgées dépendantes ou lourdement handicapées
- [392] Quand la perte d'autonomie devient telle que le maintien en détention n'est plus possible, en application des dispositions relatives à la suspension de peine pour raisons médicales, ou quand la levée d'écrou concerne une personne détenue devenue dépendante, et en l'absence de famille pouvant l'accueillir – situation fréquente quand il s'agit de personnes ayant purgé une longue peine-, tant les personnels de l'USMP que du SPIP rencontrent d'énormes difficultés à trouver une structure d'accueil (EHPAD, MAS, ou hébergement avec prise en charge à domicile).
- [393] Le profil des personnes concernées, les difficultés à établir le domicile de secours nécessaire pour une demande de prise en charge au titre de l'aide sociale, entraînent alors des démarches et des recherches longues et fastidieuses. La piste précédemment évoquée de diversification des UHSI pour accueillir, en SSR ou en prise en charge médico-sociale, ce profil de personnes détenues trouve ici toute sa justification (voir *supra* [213]).
- [394] Au total, il convient de rappeler que dès 2001, le rapport IGAS/IGSJ précité soulignait « *les lacunes du dispositif de soins en prison en matière de vieillissement et de handicaps* ». Pourtant, au moment de l'élaboration du Plan en 2010, ces thématiques n'ont pas été retenues et aucune action spécifique, hormis la question de l'accès aux droits sociaux, n'a été identifiée. Il est vrai que ces situations demeurent quantitativement marginales.
- [395] Mais tant la montée en puissance inéluctable, liée au vieillissement de la population, à l'allongement des peines et aux condamnations de personnes plus âgées, autant que l'investissement très important que requièrent ces situations pour les équipes pénitentiaires et sanitaires et les solutions empiriques qu'elles doivent réinventer au cas par cas au terme de démarches fastidieuses et chronophages, plaident aujourd'hui pour la définition d'une politique organisée pour une prise en charge médico-sociale des personnes détenues¹²⁴. Déjà la CNSA, au regard de son rôle d'animation du réseau des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), a commencé à investir cette question, un questionnaire relatif aux personnes handicapées détenues a été lancé en juillet 2015. Elle devrait se voir confortée dans cette responsabilité par le futur Programme d'actions préconisé par la mission.

Recommandation n°15 : Inclure un volet médico-social (perte d'autonomie) dans le futur programme d'actions : ces actions devront être pilotées par la DGCS et la CNSA en partenariat avec les MDPH et les Conseils départementaux.

¹²² Julie OLLIVAUX, la dépendance des personnes détenues, mémoire de recherche et d'application professionnelle, ENAP, 42^{ème} promotion, juin 2014.

¹²³ Une expérience de ce type a été conduite à Fleury-Mérogis, pour les gestes simples de la vie quotidienne (ménage, aide au repas, aux déplacements) excluant les toilettes et le nursing, les codétenus étaient rémunérés 110 euros / mois.

¹²⁴ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport d'activité 2012, chapitre 5, « privation de liberté et accès aux soins », page 212 et suivantes.

2.2 Les modalités de couverture sociale des personnes détenues sont devenues inadaptées. La préparation de la sortie doit être renforcée. Les circuits de financement des dépenses de santé sont peu lisibles

2.2.1 Le dispositif ad hoc de protection sociale des personnes détenues doit être refondé

2.2.1.1 Les étapes de l'affiliation manquent de fluidité

- [396] La prise en charge financière des soins des personnes détenues est adossée à une affiliation obligatoire au régime général (couverture obligatoire) de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont dépend l'établissement pénitentiaire. En outre, la DAP finance la couverture complémentaire des personnes détenues. Elle est débitrice du TM (ticket modérateur) et du FHJ (forfait hospitalier journalier)¹²⁵.
- [397] Dans le Plan 2010-2014, l'axe 4 « *dispositif de protection sociale* » déclinait deux objectifs : la clarification de l'accès aux droits des personnes détenues ; l'organisation de l'articulation entre les établissements pénitentiaires, les établissements de santé et les CPAM.
- [398] Le bilan dressé, en ce qui concerne la protection sociale des personnes détenues, par la direction de projet du Plan est « *perfectible* ». Devant les difficultés rencontrées sur cet axe, la mission s'est efforcée d'analyser les blocages, qui tiennent pour beaucoup aux spécificités de la couverture sociale des personnes détenues et aux caractéristiques des systèmes d'information de l'Assurance maladie peu adaptés à la gestion des droits d'une population peu nombreuse dont la situation administrative, au regard des critères de l'Assurance maladie, peut être complexe, voire instable.
- [399] En effet, l'affiliation particulière et obligatoire nécessite des formalités lourdes et itératives que l'annexe n° 4 détaille. Or, cette affiliation de chaque personne détenue au régime général de la CPAM du lieu de détention, quelle qu'elle soit, quelle que soit sa situation administrative et familiale, quels qu'aient été ses droits avant l'incarcération, conditionne le remboursement des soins médicaux et paramédicaux.
- [400] Elle se substitue aux éventuels droits dont bénéficiait la personne avant son incarcération et vaut pour le temps de la détention, prolongé, selon la situation de la personne, dans la limite de 12 mois après la levée d'écrou¹²⁶.
- [401] Si l'affiliation des personnes détenues, telle qu'organisée par la loi de 1994 est obligatoire, elle n'est ni automatique ni fluide. Elle suppose le recueil d'informations administratives à transmettre à la CPAM du lieu de détention. La question des conditions de récupération de ces éléments et de leur transmission soulève des difficultés opérationnelles récurrentes que les acteurs de terrain des deux administrations ont largement confirmées à la mission.

125 Articles L.380-30 à L.381-30-6 du CSS et R.381-97 à R.381-100. Art D.366 et 367 du CPP. Le cahier III du guide méthodologique de 2012 reprend la réglementation en vigueur à cette date.

¹²⁶ En juin 2012, la DAP a publié un guide sur les droits sociaux des personnes détenues à l'usage des professionnels. Voir sur l'affiliation à la sécurité sociale les pages 46-50.

2.2.1.2 La suspension de la signature des conventions tripartites depuis 2013 illustre ces difficultés récurrentes

- [402] En principe, d'après l'action 15.1 du Plan 2010-2014 : « *Elaborer une convention-cadre entre les établissements pénitentiaires et les CPAM de rattachement afin d'améliorer l'effectivité des droits des personnes détenues* », des conventions tripartites liant chacun des établissements pénitentiaires, la CPAM et le CH devaient permettre de fixer le cadre des échanges de données et d'informations entre ces partenaires, suivant le modèle de convention inséré dans le guide méthodologique de 2012¹²⁷.
- [403] Si un mouvement de contractualisation a commencé à se développer, il a été arrêté par la CNAM qui n'a pas souhaité signer la convention-cadre en décembre 2013, et a demandé aux caisses primaires d'observer un moratoire sur les signatures de protocoles¹²⁸.
- [404] Ces conventions doivent s'accompagner de la nomination de correspondants dans les CPAM, de la mise en place de comités de pilotage entre les CPAM et les établissements pénitentiaires, outils permettant de surmonter des difficultés. De même, l'examen de l'attribution à chaque personne détenue d'une complémentaire santé, Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou Aide à la complémentaire santé (ACS), doit être systématisé. Enfin, les caisses doivent assurer l'information des détenus sur leurs droits, y compris par des permanences organisées dans les établissements pénitentiaires.
- [405] La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a indiqué à la mission qu'elle ne donnerait pas suite, en l'état actuel des choses, à l'installation de bornes Vitale sur les lieux de détention, tout à la fois pour des raisons de coût (11.485 € par borne en métropole), que pour des motifs de rationalisation de sa politique d'installation des bornes. Par ailleurs, elle ne s'engage pas sur le développement de permanences en détention. Les permanences physiques des CPAM sont laissées à leur initiative¹²⁹. Enfin, la CNAM souhaite renforcer et consolider la fonction des référents « personnes détenues » au sein des CPAM, correspondants des établissements pénitentiaires et de santé.

2.2.1.3 A la fin de la peine, deux périodes repérées de risques de perte de droits

- [406] A leur sortie, les personnes bénéficient en droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire dont elles relevaient avant l'incarcération, sauf si elles bénéficient de l'assurance maladie à un autre titre. Dans les autres cas, elles continuent de bénéficier des prestations en nature du régime général pendant 12 mois au titre de l'affiliation « détenu »¹³⁰.
- [407] En outre, dès la levée d'érou, la prise en charge du TM et du forfait hospitalier journalier (FHJ) par l'administration pénitentiaire cesse.

¹²⁷ Page 238 du Guide méthodologique.

¹²⁸ Le « taux de signature des conventions locales » est un indicateur de suivi de résultat de la COG 2014-2017 de la CNAM. Il y figure un objectif de 100 % de conventions tripartites signées à la fin 2017.

¹²⁹ Ces problématiques ont déjà été pointées par la Cour des Comptes, tant pour la CNAM que pour la CNAF, dans son rapport public pour 2014 : « *Le ministère de la justice a demandé au ministre de la santé et des affaires sociales l'inscription, dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées entre la DSS et la CNAMTS et la CNAF, d'une obligation de permanence au sein des établissements pénitentiaires. La convention passée avec la CNAF en juillet 2013 n'en a cependant pas retenu le principe, certaines CAF ne s'estimant pas en mesure de tenir de telles permanences.* ».

¹³⁰ En ce qui concerne le droit aux prestations en espèces, la personne qui retrouve son activité professionnelle si la durée d'incarcération a été inférieure ou égale à 12 mois, retrouve les droits dont elle bénéficiait antérieurement et dans le régime dont elle relevait. Pour l'ouverture des droits aux prestations en espèces, chaque journée de détention provisoire est équivalente à 6 heures de travail salarié. S'il n'y a pas reprise d'une activité professionnelle, et si la durée d'incarcération a été inférieure ou égale à 12 mois, le droit aux prestations en espèce est maintenu pendant trois mois. Pour l'ouverture des droits aux prestations en espèces, chaque journée de détention provisoire est équivalente à 6 heures de travail salarié.

[408] Deux moments de risque de perte de droits peuvent donc être identifiés faute de démarches administratives de la personne :

- Dès la fin de la détention, la question de sa couverture complémentaire se pose pour chaque personne ;
- De plus, 12 mois après, l'affiliation réalisée à l'incarcération cesse. Cette règle n'est pas nécessairement connue des personnes, même si des informations sur la sortie sont organisées, soit par remise de dépliants, soit par contact direct avec les personnes. Il est à noter que ces dernières formules ont tendance à devenir de moins en moins fréquentes pour des raisons de diminution des ressources humaines sur ce type d'actions.

[409] A Nancy, une première convention CPAM a été signée le 11 juin 2015 entre la CPAM et le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Elle acte des permanences des conseillères CPAM au centre pénitentiaire, dans le cadre du point d'accès aux droits. L'ARS et le Conseil département de l'accès aux droits 54 ont pour projet de cofinancer des bornes carte Vitale dans les établissements pénitentiaires du département.

2.2.1.4 Au-delà des évolutions en cours, le maintien des droits en détention doit devenir un objectif premier

- Pour répondre aux dysfonctionnements observés, des réformes sont en cours de mise en œuvre.

[410] Le PLFSS 2013, puis le PLFSS 2015, ont donné une base légale à l'amélioration de la prise en charge en médecine de ville des personnes en aménagement de peine et, pour simplifier les circuits de facturation entre l'administration pénitentiaire et les établissements de santé¹³¹. Dans ces deux cas, la mise en œuvre des mesures nécessite une adaptation des systèmes d'information de la CNAM. Les discussions entre la CNAM, l'administration pénitentiaire et la Direction de la sécurité sociale (DSS) se poursuivent pour en finaliser la mise en œuvre courant 2016.

[411] Avec l'applicatif GENESIS, la fiche-navette d'échange d'information entre la CPAM et l'établissement pénitentiaire en vue de l'affiliation pourra en principe être envoyée chaque jour sous format dématérialisé au service de gestion des bénéficiaires de la CPAM de rattachement. Bien que la plupart des données qui la composent seront extraites de GENESIS, la situation par rapport au droit au séjour et la situation professionnelle -pour l'affiliation des PPSMJ en milieu ouvert- resteront des données parfois difficiles à fiabiliser selon les informations recueillies par la mission. Le groupe de travail sur le suivi et la mise à jour du guide méthodologique a mis à l'ordre du jour l'amélioration des partenariats et des technologies¹³².

[412] Pour sa part, la CNAM a indiqué réfléchir à la désignation d'une unique CPAM pivot pour traiter l'ensemble des dossiers relatifs à la couverture sociale des personnes détenues. La mission estime que cette réforme se traduirait par une réelle simplification des circuits administratifs.

[413] Pour autant, la mission estime que ces réformes, qui pour l'essentiel portent sur des mécanismes d'échanges entre institutions, ne régleront pas sensiblement la question des risques de pertes de droits des personnes détenues.

¹³¹ A compter du 1^{er} janvier 2016, une globalisation des factures de soins adressées à l'administration pénitentiaire sera effective. Son application demandera plusieurs mois.

¹³² Composé de représentants de la CNAM, de deux CPAM, de l'administration pénitentiaire et de SPIP, de CHU, d'ARS, de médecins d'USMP, il se réunit deux fois par an.

- [414] Le recueil des informations au moment du placement en détention afin de réaliser l'affiliation restera, comme actuellement, aléatoire en l'absence de réforme sur ce point alors que des dispositifs ont très sensiblement élargi le nombre de bénéficiaires d'une couverture sociale, tant de base que complémentaire.
- [415] En effet, le dispositif unique d'affiliation au régime général pour toutes les personnes détenues organisé par la loi de 1994 reposait sur l'idée alors exacte que les personnes détenues, souvent en situation de précarité, n'avaient pas de couverture sociale au moment de leur placement en détention. Or, compte tenu des évolutions législatives de ces deux dernières décennies, qui ont successivement et très sensiblement élargi les populations couvertes (Couverture maladie universelle (CMU), CMU-C, ACS), une remise à plat semble opportune.
- [416] De ce fait, aujourd'hui, l'affiliation spécifique des personnes détenues peut se traduire par une dégradation de leur couverture personnelle : l'administration pénitentiaire assurant la couverture complémentaire, la nécessité de faire valoir les droits à la CMU-C est moins prégnante et les démarches nécessaires, à l'initiative des personnes, sont en pratique inégalement réalisées.
- [417] La DAP souhaite également cette remise à plat. Consultée sur le travail social des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), l'administration pénitentiaire indique que : « *si la loi du 18 janvier 1994 a prévu le champ d'application du régime de sécurité sociale et de protection sociale (conditions d'ouverture des droits, règles relatives aux modalités d'immatriculation...) les fonctionnements observés sur le terrain, voire les évolutions réglementaires ou législatives intervenues depuis lors, nécessitent de clarifier ces droits et d'envisager la déclinaison d'une doctrine nationale identifiant les grands principes entre les différents partenaires impliqués.* » (réponse à la mission du 28 août 2015).
- Un changement de paradigme
- [418] La mission propose donc de réviser les règles en vigueur et de modifier l'article L. 381-30-1 du Code de la sécurité sociale qui rend obligatoire au moment de l'incarcération l'affiliation spécifique au régime général dont les modes opératoires fragilisent, comme vu *supra*, la protection des personnes tout en générant des formalités administratives contraignantes.
- [419] Il conviendrait de pouvoir appliquer aux personnes détenues les règles de couverture sociale de base au plus près du droit commun selon qu'elles sont couvertes, avant l'incarcération, par une affiliation à un régime de sécurité sociale¹³³, à la CMU¹³⁴ ou à l'Aide médicale de l'Etat (AME)¹³⁵. Pour les personnes n'en relevant pas, ou perdant en cours de détention le droit à ces dispositifs, l'affiliation selon les modalités actuelles s'appliquerait par subsidiarité.
- [420] Le même principe de subsidiarité s'appliquerait pour la couverture complémentaire (CMU-C ou adhésion personnelle à une mutuelle) : ce n'est qu'à défaut de couverture complémentaire, soit que la personne détenue n'en dispose pas à l'incarcération ou soit qu'elle perde ses droits durant l'incarcération, que l'administration pénitentiaire financerait les restes à charge des personnes détenues.
- [421] Au demeurant, tant l'administration pénitentiaire que les personnes concernées seraient incitées à faire valoir notamment leur droit à la CMU et la CMU-C, ce qui faciliterait grandement, par voie de conséquence, le maintien de ces droits à la sortie d'écrou. Dans la mesure où les deux-tiers des détenus exécutent une peine inférieure à un an, l'application de ces nouvelles règles de couverture sociale aurait un fort impact pour consolider les droits des personnes, tout en simplifiant considérablement les formalités administratives.

¹³³ Le décret n°2013-1260 du 27 décembre 2013 portant modification des conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès étend à 18 mois la durée pendant laquelle sont présumés remplies les conditions d'ouverture des droits et étend à 3 ans la durée des droits aux prestations en nature.

¹³⁴ Les personnes qui bénéficient de la CMU, la CPAM met à jour les droits chaque année. Elle adresse une déclaration de revenus au bénéficiaire qui doit la retourner.

¹³⁵ L'AME pour les personnes en situation irrégulière est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année.

Recommandation n°16 : Maintenir les personnes détenues aux régimes de base et complémentaire dont elles dépendent, avant l’incarcération, (régime de sécurité sociale, la CMU, l’AME, à la CMU-C). ce maintien des droits, s’inscrit dans la logique de la protection maladie universelle.

2.2.2 Les objectifs du Plan 2010-2014 touchant à la préparation de la sortie ont été partiellement atteints mais des initiatives récentes dessinent des perspectives d’amélioration

2.2.2.1 Les objectifs des actions du Plan relatives à la préparation à la sortie ont été partiellement atteints

[422] Dans le Plan Santé 2010-2014, l’action 13.1 concernait cette problématique générale : « Mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie ». L’objectif étant de « permettre à chaque personne détenue sortante de pouvoir disposer d’une proposition concrète et adaptée de prise en charge sanitaire, sociale, voire médico-sociale ». Dans son bilan du Plan, le ministère de la Santé a évalué cette action comme « comme *partiellement atteinte* ».

[423] Pour la réaliser, une fiche a été insérée en annexe J du guide méthodologique de 2012, détaillant le principe de la consultation médicale de sortie. Cette fiche rappelle également le rôle des SPIP, du greffe de l’établissement pénitentiaire et de la CPAM de rattachement afin d’organiser la continuité des prestations sociales et des droits sociaux, ainsi que la nécessaire coordination des acteurs intervenant dans ce champ.

[424] En outre, dans cet objectif, dans la COG 2014-2017 de la CNAM signée avec la DSS, il a été stipulé que « l’Assurance Maladie apportera une attention particulière à la mise en œuvre effective du maintien de droits des personnes détenues à la date de leur levée d’écrou (libération, libération conditionnelle ou suspension de peine) qui est complexe lorsque les intéressés ne se manifestent pas d’eux-mêmes. ».

[425] D’une manière générale, il est apparu à la mission que les CPIP informent les personnes détenues sur leurs droits sociaux principalement lors de l’entretien d’accueil et que dans la plupart des établissements pénitentiaires des livrets d’accueils sont remis aux personnes détenues dans les quartiers arrivants, qui précisent ces droits. Des livrets pour sortants existent également mais sont peu efficaces face à des situations sociales et sanitaires souvent dégradées qui nécessitent un accompagnement social de proximité qui fait le plus souvent défaut (voir annexe n°5).

➤ La continuité de l’affiliation à la couverture maladie

[426] Précédemment développée (2.2.1), cette problématique essentielle pour la préparation à la sortie, aujourd’hui complexe et administrativement laborieuse¹³⁶, pourrait trouver dans la Recommandation n°16 :relative au maintien des droits, une réponse simplifiée.

➤ La continuité des soins médicaux, psychiatriques et d’addictologie

[427] S’agissant de la continuité des soins, la mission relève en premier lieu que la consultation médicale de sortie est loin d’être systématique. L’article 53 de la loi pénitentiaire de 2009 qui dispose que toutes les personnes détenues doivent être vues avant leur sortie n’a pas trouvé de traduction concrète.

¹³⁶Pour améliorer la continuité des droits des personnes détenues sans domicile fixe, l’action 14.2 du Plan « Prévenir le risque de rupture de droits à la sortie de prison en rendant possible le maintien d’affiliation à la caisse de rattachement de l’établissement pénitentiaire pendant un an » a été mise en œuvre. A compter de l’entrée en vigueur de la loi n° 2014-986 du 15 août 2014 les personnes détenues peuvent s’affilier volontairement à une autre caisse que celle de leur lieu de résidence.

- [428] A part dans le domaine de la toxicomanie, même si la préparation à la sortie est mise en œuvre par les différentes institutions concernées (SPIP, USMP, etc...), les professionnels rencontrés ont pointé l'existence de ruptures dans la prise en charge de la psychiatrie ou la médecine de ville après la détention.
- [429] L'articulation avec les soins de ville est donc à améliorer, notamment par le développement de protocoles de coordination des différents acteurs, et d'outils tels que des fiches de liaison avec le médecin-traitant. Dans les régions, des groupes de travail se mettent en place entre les ARS et les DISP sur cette question. Toutefois, même quand une organisation a pu être mise en place, encore faut-il que les personnes, désormais libres, soient convaincues de l'intérêt de ces rendez-vous.
- [430] L'action 13.2 du Plan 2010-2014 « *Organiser un dispositif d'accompagnement et développer des outils et des dispositifs pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison* » a contribué à la mise en place en 2010 et 2011 de 68 places en appartements de coordination thérapeutique, dans 8 des 9 DISP. 20 nouvelles places sont prévues et financées par l'ONDAM 2015. Pour autant, le bilan du Plan a souligné que la raréfaction des moyens disponibles limite la portée de ce déploiement.
- [431] S'agissant de la continuité de la prise en charge en addictologie, la préparation de la sortie est organisée administrativement. Elle est réalisée en lien avec le CSAPA référent, via l'éducateur spécialisé du CSAPA dans le but d'assurer le relais de la prise en charge avec un médecin généraliste ou de CSAPA. Pour continuer ensuite à bénéficier de traitements de substitution, la personne doit adhérer à l'organisation ainsi proposée.

2.2.2.2 Des initiatives récentes dessinent des perspectives d'amélioration

- Le recrutement d'assistants de services sociaux (ASS) dans les SPIP

- [432] Quand la date de sortie est connue suffisamment à l'avance, ou dans les cas complexes (problèmes d'hébergement, situation médicale complexe, etc...), certains dossiers sont traités par l'ASS du SPIP, lorsqu'il existe, sinon par les CPIP, en surplus de leurs autres tâches.
- [433] L'ASS est en lien avec les équipes médicales de l'USMP qui lui communiquent éventuellement des informations sur la situation médicale des PPSMJ, pouvant faciliter la continuité de la prise en charge médico-sociale des personnes qui le nécessitent (personnes en situation irrégulière, pathologie chronique, grande précarité...).
- [434] Pour mettre en œuvre les nouveaux dispositifs de contrainte pénale et de libération sous contrainte, 1.000 emplois ont été créés dans les SPIP dans le cadre du plan triennal 2015/2017. Sur ces 1.000 emplois, 65 sont dédiés au recrutement d'ASS, dont 25 au titre de l'année 2015. Ce recrutement s'ajoute aux 25 ASS recrutés avant 2013 présents dans les SPIP.
- [435] Toutefois, au regard de leur fiche de poste, la mission relève que l'accompagnement social individualisé des personnes détenues n'est pas la fonction essentielle des ASS ainsi recrutés. Ceci a été confirmé par l'ensemble des acteurs rencontrés qui ont indiqué que ces ASS auraient a priori un rôle de coordination des partenariats davantage que de suivi individualisé des PPSMJ, et les questions essentielles du « *qui fait ?* », « *qui accompagne ?* » les publics les plus vulnérables risquent de demeurer.
- L'affectation d'ASS dans les USMP
- [436] Les ASS des SPIP ne sont pas les seuls à intervenir dans l'accompagnement social. En effet, certaines USMP visitées par la mission bénéficient de postes d'ASS, financés par les hôpitaux de rattachement. Leur utilité a été saluée par les professionnels médicaux qui ont indiqué leur donner plus aisément des informations qu'aux CPIP.

- [437] En parfaite coordination avec l'ensemble du personnel de l'USMP, ces ASS se saisissent des dossiers de maintien de la protection sociale, de la continuité des soins et de la recherche de structures d'hébergement (médicalisées ou non).
- [438] Compte tenu de la précarité de la population carcérale, les hôpitaux de rattachement des unités sanitaires, qui disposent dans leurs locaux d'ASS, doivent veiller à répartir un temps d'ASS dans l'unité sanitaire dont ils sont responsables.
- La définition d'un référentiel « sortants » par l'administration pénitentiaire
- [439] De manière plus globale, l'administration pénitentiaire entre progressivement dans une démarche qualité relative à la préparation à la sortie. En 2013-2014, une équipe-projet a travaillé au développement d'un référentiel afin de formaliser les processus de prise en charge des sortants de prison. Il s'agit du prolongement de la démarche entreprise en 2008 qui a abouti en sept ans à la labellisation « du parcours arrivants » dans 163 établissements.
- [440] En 2015, ce référentiel « sortants » a été validé et un séminaire de lancement, regroupant notamment l'ensemble des sites pilotes, a été organisé à l'Ecole nationale d'administration pénitentiaire (ENAP). Un comité de pilotage national relatif au suivi sera mis en place. Il est détaillé en annexe n° 5.
- [441] Par ailleurs, le système d'information GENESIS devrait pouvoir être utilement exploité par l'ensemble des acteurs concernés par la préparation à la sortie, afin notamment d'anticiper les dates prévisibles de sortie. Une identification précise de leurs besoins devrait être réalisée.

Recommandation n°17 : Renforcer l'accompagnement social lié à l'accès aux droits et à la préparation à la sortie : dans les USMP par une mobilisation d'une partie des moyens de travail social de droit commun existants dans le CH de rattachement ; dans les SPIP, par une affectation prioritaire des ASS en cours de recrutement sur cette mission.

2.2.3 Un financement tout aussi complexe et difficilement gérable pour les deux ministères

- [442] Le financement de la santé des personnes détenues est principalement assuré par des crédits de l'assurance-maladie, mais également par des crédits d'Etat (ministère de la justice- direction de l'administration pénitentiaire –action « *accueil et accompagnement des PPSMJ* »).
- [443] L'ensemble des dépenses qui concourent à la prise en charge de la santé des personnes détenues n'est pas retracé dans un document budgétaire ou comptable identifié¹³⁷. La mission s'est efforcée de récapituler les sources de financement et les mécanismes de gestion mis en œuvre.

2.2.3.1 Un financement des dépenses de santé des personnes détenues mêlant deux logiques

- [444] Dans le Plan 2010-2014, l'action 10.4 « *Evaluer et réadapter les modalités financières de prise en charge des soins aux personnes détenues* » visait à fournir un état des lieux et une clarification des modalités de financement.
- [445] Le financement des soins somatiques des personnes détenues est assuré par des crédits d'assurance-maladie -MIG (missions d'intérêt général) versés aux hôpitaux de rattachement des établissements pénitentiaires- et, selon les principes du droit commun, par la tarification des actes en soins somatiques (T2A).

¹³⁷ A titre indicatif, selon l'INSEE, la dépense de santé annuelle par habitant est en moyenne en France de 2.698 €

[446] Trois MIG¹³⁸, qui sont une construction nationale de calcul de délégations de crédits aux ARS, déterminent le volume principal des financements des 175 USMP des établissements pénitentiaires¹³⁹, des 8 UHSI, et des chambres sécurisées disponibles dans les hôpitaux de rattachement¹⁴⁰.

- Une MIG pour les 175 USMP¹⁴¹. La MIG prend en charge, dans le cadre d'une mission de service public (MSP) les surcoûts de l'activité de soins externe délivrée aux détenus en milieu pénitentiaire¹⁴² et, si nécessaire, en milieu hospitalier pour les activités de consultations de médecine générale et de médecine spécialisée (dont les consultations dentaires), les actes de soins infirmiers, les examens médico-techniques. En outre, la MIG couvre en totalité la dispensation des médicaments et dispositifs médicaux¹⁴³, les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles, la coordination et/ou la réalisation des actions de prévention et d'éducation à la santé ;
- A l'hôpital, tant pour les 8 UHSI¹⁴⁴ que pour les chambres sécurisées, les deux MIG respectives couvrent les surcoûts liés à l'organisation spécifique de ces structures.

[447] Pour autant, le principe affiché, depuis 2008, par le ministère de la Santé puis introduit dans le Code de la sécurité sociale à l'article L.381-30-05, est celui d'un financement de droit commun de ces structures par facturation de l'activité réalisée (T2A). Ce qui ne signifie pas un financement à titre principal, compte tenu du montant observé des recettes de T2A par rapport aux dotations MIG : en effet les données pour 2012 de la DGOS indiquent, pour les recettes des USMP, que la MIG représente 87,6 %, la tarification à l'acte 8,8 % et le TM/FJH, 6 %.

[448] Au 30 décembre 2013¹⁴⁵, les dotations MIG des ARS aux établissements de santé s'établissaient à :

- USMP : 177.166.332 € soit + 2 % par rapport à 2012 ;
- UHSI : 18.257.449 € soit -18 % par rapport à 2012 ;
- Chambres sécurisées : 9.344.030 € soit + 13 % par rapport à 2012.

[449] Soit un total de MIG de 204.767.811 € en 2013, contre 203.784.463 € en 2012.

[450] Pour les soins psychiatriques, le financement est celui du droit commun, il est assuré par la DAF (dotation annuelle de financement) qui prend en charge la part obligatoire du secteur.

[451] L'annexe n° 6 détaille les dotations.

¹³⁸ La MIG intervient notamment pour prendre en compte les spécificités propres à l'exercice et à l'organisation des soins en milieu carcéral (durée des consultations, contraintes sur les horaires de rendez-vous, difficultés d'accès...). A ces trois MIG spécialement dédiées à la santé des personnes détenues s'ajoutent des actions conduites en faveur de la santé des personnes détenues, financées par d'autres MIG.

¹³⁹ Le ministère de la justice (DAP) met des locaux à disposition des USMP dans l'enceinte pénitentiaire.

¹⁴⁰ Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé. Rapport IGAS, 2009. P.L. Bras, Dr G. Duhamel.

¹⁴¹ Source recueil des données de l'OSSD pour 2013.

¹⁴² 12° de l'article L.6112-1 du CSP.

¹⁴³ A l'exception des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans des USMP, comme le précise la circulaire N° DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/148 du 29 avril 2015.

¹⁴⁴ CHU de Bordeaux, CHU de Toulouse, CHU de Nancy, CHU de Rennes, CHU de Lille, Hospices civils de Lyon, Assistance publique des hôpitaux de Marseille, Assistance publique des hôpitaux de Paris.

¹⁴⁵ Dernières données consolidées.

2.2.3.2 Des circuits de facturation qui pèsent sur l'administration pénitentiaire

- Une politique active de facturation à l'assurance maladie

[452] Les soins pour les personnes détenues réalisés au sein même des CH entrent dans le droit commun de la facturation des soins à l'hôpital¹⁴⁶. Les produits facturables à l'assurance-maladie sont toutes les prestations prises en charge au titre des assurances maladie et maternité du régime général¹⁴⁷. La part prise en charge par l'assurance maladie est adressée par l'établissement de santé à la CPAM, pour remboursement dans les conditions de droit commun¹⁴⁸.

[453] Les pratiques de facturation des CH sont diverses mais elles se développent pour les soins somatiques au fur et à mesure des progrès de l'informatisation des USMP, préalable technique requis pour la facturation. Ce développement dépend des décisions des directions des CH, selon leur situation financière et leurs priorités.

[454] L'enquête CSA, conduite par la DGOS en 2013 a permis d'estimer qu'en 2012, sur les 20,75 M€ de recettes théoriques d'activité dans les USMP, 14,03 M€ avaient été effectivement facturés par les CH. Aucune estimation sur l'évolution de ces recettes n'est connue pour 2013, 2014, ni à fortiori pour 2015.

- L'administration pénitentiaire finance la couverture complémentaire des personnes détenues

[455] Selon la réglementation en vigueur, le TM et le FJH des personnes détenues sont à la charge de l'Etat, en l'occurrence de l'administration pénitentiaire qui finance la couverture complémentaire, selon les règles de droit commun, tant pour les soins somatiques que psychiatriques, sauf les cas de prise en charge à 100 % de la prestation par l'assurance-maladie (ALD et maternité)¹⁴⁹.

[456] En cas d'hospitalisation, le TM est calculé selon le droit commun sur la base de 20 % des tarifs journaliers de prestation (TJP) fixés par les établissements de santé en accord avec l'ARS et actualisés par arrêté. Le ticket modérateur, calculé sur cette base, est hétérogène et peut varier d'un établissement à l'autre, parfois sensiblement. Une même DISP peut donc recevoir, selon les établissements de santé de son interrégion, des factures de TM dont les montants diffèrent dans des proportions plus ou moins importantes. Pour les patients exonérés du TM en cas d'ALD, seul le FJH est facturé. Le montant du FJH, facturable pour tout séjour hospitalier, est fixé au niveau national par arrêté ministériel. Les conditions de facturation de ce forfait pour les personnes détenues sont celles de droit commun¹⁵⁰.

[457] Quant à elle, la CMU-C prend en charge, pour les personnes détenues bénéficiaires, dans des limites fixées par arrêtés, les dépassements pour optiques, prothèses dentaires, auditives et dispositifs médicaux à usage individuel (fauteuil roulant par exemple)¹⁵¹.

- Des charges administratives qui augmentent avec l'accès aux soins

[458] L'application de ces règles de facturation se traduit mécaniquement par une charge pour l'administration pénitentiaire, à la fois financière en ce qui concerne le paiement des factures des établissements de santé, et administrative eu égard au circuit de vérification et de paiement des actes dans les services déconcentrés.

¹⁴⁶ Articles L 322-1, L322-2, R 322-1, R 322-2 du Code de la sécurité sociale pour la maladie et L 331-2 du même code pour la maternité.

¹⁴⁷ Cela comprend les GHS et les produits facturables en sus (l'article L.162-22-7 CSS), les consultations et actes externes, y compris de spécialistes et notamment dentaires.

¹⁴⁸ Article L. 321-1 du Code de la sécurité sociale.

¹⁴⁹ Une circulaire DGOS-DSS du 31 juillet 2013 a précisé les conditions de mise en œuvre de la facturation à l'administration pénitentiaire du ticket modérateur applicable aux médicaments et soins dispensés par les USMP.

¹⁵⁰ Article L 174-4 du code de la sécurité sociale.

¹⁵¹ Article L 861-3 du code de la sécurité sociale.

- [459] Les DISP en assurent le paiement, via les plateformes interdirectionnelles du ministère de la justice (PFI). Dans les établissements pénitentiaires, les factures reçues sont contrôlées par les agents des économats, pour vérifier notamment sur l'application GIDE (et bientôt GENESIS) que le détenu concerné était sous écrou au moment des soins.
- [460] Mais les strictes limites de ce contrôle sont mal connues ou mal comprises par les agents. En principe, le contrôle des factures de santé devrait se limiter au contrôle d'éventuels doubles paiements, de la régularité externe et de la correcte imputation de la facture. La mission a pu observer que des économats tentent de vérifier une éventuelle reconnaissance d'ALD ce qui pourrait affecter le secret médical et constitue au demeurant une tâche impossible à mener. En outre, des erreurs d'imputation des dépenses de santé peuvent exister, qui nuisent au contrôle budgétaire de ces dépenses par les DISP.
- [461] Avec la mise en place, initialement prévue à compter du 1^{er} janvier 2016¹⁵², d'un nouveau circuit de paiement globalisé au niveau national, les factures des établissements de santé seront directement reçues dans les CPAM qui assureront une dispense d'avance des frais intégrale, en lieu et place des économats. Une convention est en cours de discussion entre la CNAM et la DAP pour préciser ces modalités du remboursement centralisé selon un calendrier à définir. Cette nouvelle procédure vise également à uniformiser et améliorer la prise en charge, quelle que soit la nature des soins dispensés (ville ou hôpital), et la situation de la personne détenue (hébergée ou en aménagement de peine).
- [462] Toutefois, même avec son application après adaptation des systèmes d'information de l'assurance-maladie, le ministère de la justice ne verra pas sa charge allégée, ni ses moyens de vérification des factures renforcés. Les problématiques de contrôle comptable et de contrôle budgétaire exposées ci-dessus perdureront. Une partie des difficultés seront déplacées des DISP vers l'administration centrale.

2.2.3.3 Des outils imprécis de suivi des délégations de crédits et des dépenses réelles

- Le ministère de la santé pilote difficilement le caractère spécifique des dépenses de santé des personnes détenues

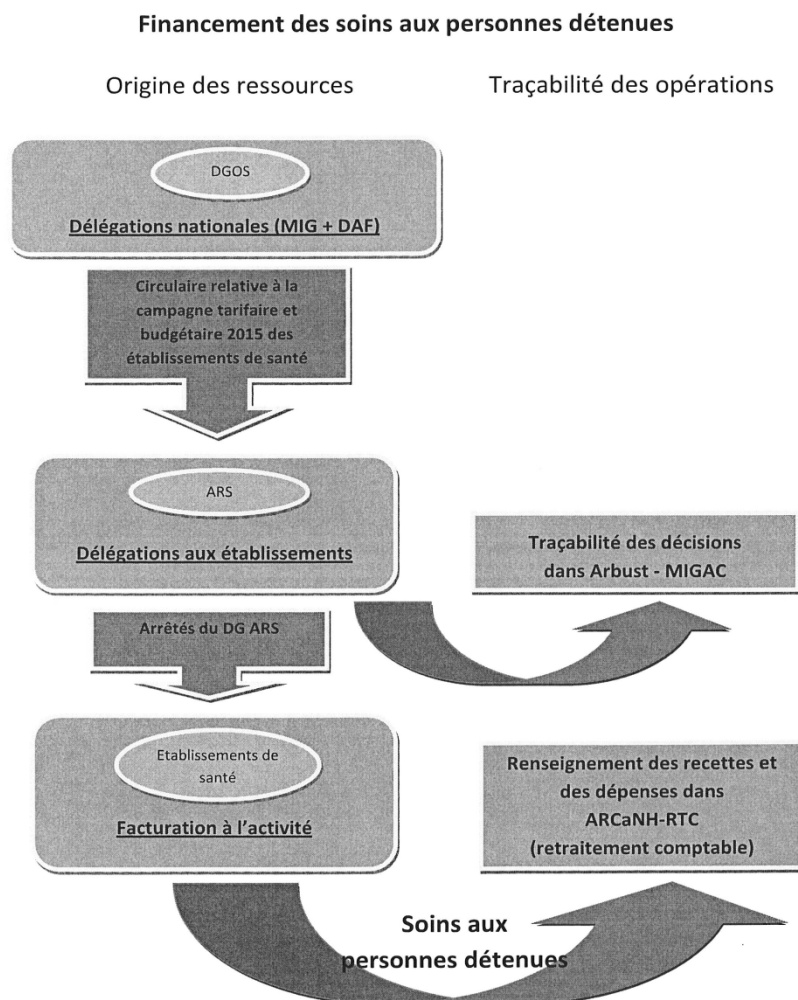
- [463] S'agissant des soins somatiques, les crédits MIG sont délégués aux ARS qui, à leur tour, les allouent aux CH. La délégation des crédits s'effectue donc en deux temps, de l'administration centrale aux ARS, puis des ARS aux établissements de santé. Ce mécanisme explique que les crédits délégués au niveau national en faveur de la santé des personnes détenues, et les sommes effectivement dépensées par les CH ne se recoupent pas nécessairement. En effet, les recettes de ces derniers ne sont pas, par principe, affectées à des dépenses. Il en est des crédits des trois MIG « santé des personnes détenues » comme des crédits des autres MIG¹⁵³.
- [464] Concrètement, un arrêté annuel du directeur général de l'ARS fixe les dotations MIG¹⁵⁴ et DAF allouées à chaque établissement de santé. Ainsi présentés dans l'arrêté, les crédits ne permettent pas d'isoler les MIG relatives à la santé des personnes détenues : aucun fléchage ou mention de ces crédits n'y apparaît. A partir des règles qui déterminent les volumes des MIG, le CH de rattachement calcule la part affectée à la santé des personnes détenues.

¹⁵² Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 46 (V).

¹⁵³ A titre d'exemple, si une partie des économies appliquées à la dotation MIG en 2015 (-22,5 M€ au plan national) est reportée à titre indicatif sur certaines MIG, dont les MIG des USMP, des chambres sécurisées et des UHSI (annexe IX de la C1 2015), les ARS ont pu choisir de ne pas suivre ces indications, d'aller au delà des économies proposées, ou au contraire de dépenser plus. Leurs décisions effectives d'arbitrage ne seront connues que par les comptes de l'année N+1 (via le système d'information de l'ATIH).

¹⁵⁴ Le montant global de la dotation de financement des MIG est divisé en deux parts : les missions d'intérêt général, qui a vocation à financer les missions d'intérêt général sans les distinguer (dont SAMU, SMUR, équipes de soins palliatifs, soins des personnes détenues) et les crédits d'aide à la contractualisation.

- [465] Ainsi, s'il n'est pas possible de connaître effectivement en année N les dotations affectées. En année N+1 toutefois, des retraitements fournissent des données : via le logiciel Arbust, les ARS renseignent les délégations de crédits MIG qu'elles ont opérées pour les USMP, pour les chambres sécurisées et pour les UHSI. Par ailleurs, l'application « ARCaNH » de l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) retrace les dépenses déclarées par les CH après retraitemment comptable, quelles que soient les recettes qu'ils encaissent pour ces missions.
- [466] S'agissant du secteur psychiatrique, comme le système actuel n'organise pas un retour sur les dépenses à l'année N+1 au niveau des ARS -il n'existe pas d'équivalent d'Arbust-, il n'est pas possible de mesurer les délégations de crédits des ARS en faveur de la santé mentale des patients détenus.
- [467] Le schéma ci-dessous, fourni par la DGOS, retrace ces flux :



- [468] Pour l'année 2013, les dépenses déclarées par les CH sont, pour les USMP de 194.072.336 € pour les UHSI de 30.558.030 € et de 10.298.052 € pour les chambres sécurisées¹⁵⁵, soit un total d'environ 235 M€

¹⁵⁵ En ce qui concerne les chambres sécurisées, cette somme ne prend pas en compte la région Midi-Pyrénées. La mission n'a pas pu obtenir d'explications à ce sujet.

[469] La différence entre les montants des MIG allouées aux CH par les ARS et les dépenses déclarées par les CH fait ressortir un financement complémentaire par des facturations des actes à l'assurance maladie et par les restes à charge facturés à l'administration pénitentiaire. Pour l'ensemble des USMP, cette différence est de 16.906.004 €. Pour les UHSI, elle est sensible pour 2013 compte tenu de la baisse des MIG, et s'établit à 12.300.581 €. Pour les chambres sécurisées, la différence est de 954.022 €. Sur l'ensemble des MIG, elle atteint 30.160.607 €. Le mécanisme des délégations de crédits MIG ne permet donc pas de connaître avec précision les dépenses effectivement mobilisées pour la santé des personnes détenues.

[470] Du fait de ce manque de lisibilité, il ressort que ni l'évolution des crédits MIG ni celles des dépenses effectives des établissements de santé sur la période 2010-2014, ne peuvent être explicitement reliées à l'augmentation des effectifs de la population carcérale, ou à l'évolution des coûts des soins de santé. Ni le mode de calcul, ni le périmètre des MIG n'ont été revus alors que la tarification à l'activité progresse régulièrement au fur et à mesure des progrès de l'informatisation des USMP, ainsi que l'ont confirmé les responsables administratifs des hôpitaux et pénitentiaires rencontrés. Pour sa part, la CNAM a indiqué à la mission ne pas être en mesure de fournir le montant des dépenses de santé des personnes détenues qu'elle prend en charge. Ainsi deux systèmes coexistent sans articulation précise, laissant des inégalités de financement demeurer et ne donnant pas de garantie sur un juste calcul des montants des MIG. La DGOS réunit un groupe de travail à ce sujet depuis 2013¹⁵⁶.

[471] Le guide méthodologique de 2012 n'a pas reconduit le principe d'une grille indicative des ratios de personnels médicaux devant être affectés dans les USMP, selon le type et la population détenue *réellement* hébergée par l'établissement pénitentiaire (Recommandation n°7 : voir *supra*). Pour autant, via leur annexe afférente aux personnes détenues¹⁵⁷, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) que les CH concluent avec les ARS engagent les deux parties et justifient la délégation de crédits MIG en vue de remplir la mission de service public « santé des détenus ». Cette annexe des CPOM doit devenir pour les ARS un outil opérationnel de pilotage et d'évaluation de la mise en œuvre des actions en faveur de la santé des personnes détenues. La mission préconise un suivi tout particulier par les ARS de sa mise en œuvre (Recommandation n°5 : voir *supra*).

Recommandation n°18 : Revoir les règles de calcul et les principes de mise en œuvre des MIG afin d'assurer une meilleure lisibilité pour réduire les inégalités.

2.2.3.4 Des difficultés de gestion et de financement pour la DAP

[472] Dans le PAP du programme 107 pour 2015, la prise en charge de la santé des personnes détenues par l'administration pénitentiaire relève de l'action 2 : « *Accueil et accompagnement des PPSMJ* ». Le total des dépenses de santé, 132 M€, représente 10 % des 1.279 M€ de crédits hors-titre 2 ouverts en crédits de paiement (CP).

[473] Ce total se compose de deux parts : la DAP verse annuellement 97,24 M€ au titre de la part forfaitaire acquittée à l'ACOSS pour le paiement des cotisations sociales des personnes détenues. S'y ajoutent les dépenses déconcentrées des DISP, d'un montant de 33.520.000 € en autorisations d'engagement (AE) et CP, qui correspondent, pour l'essentiel, au financement du TM et du FJH. Elles représentent un ratio de 502 € par place théorique en détention.

¹⁵⁶ En application du Plan 2010-2014, la DGOS (bureau R4), qui a actualisé le guide MIG en décembre 2012, a entrepris une enquête auprès des USMP confiée en avril 2013 au cabinet CSA, visant à élaborer un nouveau modèle de calcul de la MIG qui prenne mieux en compte l'activité et les spécificités des USMP. L'application de ce nouveau modèle est toujours en cours de discussion. Sa mise en œuvre est prévue pour 2017.

¹⁵⁷ Annexe des CPOM « *Soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier* ».

➤ La dette et les dus du ministère de la justice :

[474] Dans les DISP, le respect des enveloppes budgétaires des dépenses de santé déconcentrées s'opère via une régulation des stocks de factures dans les établissements pénitentiaires. La mission y a fait le constat de stocks de factures non encore traitées. Elles sont payées par à-coups lorsque la DISP donne son accord pour transmission et paiement à la plateforme CHORUS interdirectionnelle (PFI). Les factures sont ainsi payées avec un retard moyen d'une année mais, selon les régions, pouvant atteindre plusieurs années. Au 31 décembre 2014, les restes à recouvrer vis-à-vis de l'administration pénitentiaire des seuls CHU¹⁵⁸ s'élevaient à 18,5 M€¹⁵⁹.

[475] Ces retards de paiement suscitent des tensions entre les établissements pénitentiaires et les CH de rattachement qui peuvent parfois avoir des répercussions sur les relations de travail entre la direction de l'établissement pénitentiaire et les équipes de l'USMP. Ils compliquent la tâche des équipes médicales lorsqu'elles sollicitent auprès de leur CH de rattachement, par exemple le remplacement de matériels ou le renforcement de l'équipe.

[476] Pour sa part, la DAP a communiqué à la mission le niveau des charges à payer, tel qu'effectivement recensé par les DISP¹⁶⁰. Ce montant a triplé entre 2012 et 2015, représentant désormais l'équivalent d'un an de dépenses déconcentrées.

En euros	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Dotation LFI	26 045 701	26 045 701	26 000 000	26 000 000	30 000 000	30 000 000	34 400 000	34 400 000	31 754 849	31 754 849	31 800 000	31 800 000
Consommation		33 732 621		31 651 333	24 928 801	30 751 273	41 639 166	32 162 297	32 938 615	31 991 942		
dont charges à payer de N-1		12 682 736		10 592 274		9 926 476		14 536 937		23 744 612		29 257 571

Source : DAP, réponse à la mission d'évaluation

[477] Enfin, au niveau central, on note une dette vis-à-vis de la sécurité sociale au titre de la mission santé des détenus, qui s'élevait, au 30 juin 2014, à 4,8 M€¹⁶¹ (dette à l'ACOSS).

[478] L'administration pénitentiaire a proposé en 2014 un transfert de ces dépenses vers la mission Santé (programme 183 « Protection maladie », qui gère l'action AME et le FIVA). La DSS n'a pas donné suite à cette demande.

2.3 Des pistes d'amélioration significatives de l'accès aux soins des personnes détenues existent à court terme en facilitant l'accès aux soins hors de la prison

2.3.1 Les extractions médicales, un levier d'amélioration de l'organisation des soins aux personnes détenues

[479] Les extractions médicales des établissements pénitentiaires, composante essentielle de la prise en charge sanitaire des patients détenus, soulèvent des questions de nature organisationnelle majeures, du fait de l'important volume d'activité qui s'y rattache.

[480] Malgré un volume d'activité régulier, le volume et, a fortiori, le coût des extractions n'est pas précisément connu de l'administration pénitentiaire. En effet, le nombre global d'ETP n'est pas un indicateur de suivi de l'administration pénitentiaire, bien qu'au niveau local la charge en ETP soit identifiée dans certains organigrammes de référence des établissements pénitentiaires.

¹⁵⁸ Les CHU sont en cours de processus de certification de leurs comptes avec l'appui de cabinets d'experts-comptables.

¹⁵⁹ Chiffre donné à la mission par le réseau des CHU.

¹⁶⁰ Cette dette ne recense notamment pas les factures non encore enregistrées dans les économats.

¹⁶¹ Annexe 6 du PLFSS 2015. Page 19. A titre de comparaison, la dette du ministère de la santé au titre de l'AME s'élevait aux mêmes dates à 51,7 M€

[481] Enfin, les conditions sécuritaires dans lesquelles se déroulent les extractions appellent à une clarification.

2.3.1.1 Le suivi des extractions médicales est parcellaire

► Le nombre d'extractions demandées n'est pas nécessairement en adéquation avec les besoins médicaux réels

[482] Les données relatives aux extractions médicales sont collectées et retranscrites dans l'outil OSSD. Pour sa part, l'administration pénitentiaire n'est pas en mesure d'en fournir le décompte global. Les données de l'OSSD pour 2013 indiquent que 50.723 extractions ont été demandées par les médecins¹⁶².

[483] Il est à relever que ce nombre de demandes n'est pas nécessairement équivalent aux besoins médicaux des personnes détenues. En effet, les médecins responsables d'USMP ainsi que les responsables de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP) ont indiqué que les médecins des USMP adaptent le nombre des extractions demandées aux possibilités dégagées par l'établissement pénitentiaire et dont l'USMP est informée. Il en résulte que des examens de contrôle ou de prévention peuvent ne pas être réalisés ou être reportés : faute de plages horaires suffisantes, la priorité est donnée aux extractions présentant un caractère plus urgent.

► Les motifs des extractions non réalisées ne sont pas systématiquement identifiés malgré l'importance de l'enjeu

[484] Les données de l'OSSD pour 2013 indiquent que pour 50.723 extractions demandées par les médecins, 40.357 ont été réalisées¹⁶³, soit 79,5 % (contre 77 % en 2012).

[485] Dans la synthèse de ces données 2012, la DGOS préconisait de « *s'interroger sur les causes de cet écart pour apporter les correctifs nécessaires et tendre vers un taux de réalisation de 100 %* ». En effet la non-réalisation d'une extraction ou le fait de la reporter, parfois à une date lointaine suivant les disponibilités de l'hôpital, constitue, par hypothèse, une perte de chance.

[486] Par ailleurs, aux extractions programmées se rajoutent les extractions effectuées en cas d'urgence, réalisées lorsque le pronostic vital d'une personne détenue est a priori engagé : selon la même synthèse de l'OSSD, le nombre d'extractions en urgence demandées était de 7.571 et 7.439 avaient été réalisées.

[487] La mission relève que la gestion des extractions en urgence, nécessairement prioritaires, impacte la programmation des extractions, et peut être un facteur d'explication d'escortes programmées non réalisées : l'effort important lié à la prise en charge de l'urgence, qui indépendamment du moyen de transport utilisé (ambulance, fourgon...) requiert la présence d'une escorte, peut se faire au détriment des extractions déjà programmées¹⁶⁴.

[488] Dans les structures visitées par la mission, il est constaté un suivi très différencié des motifs d'annulation ou de report des extractions médicales : dans une maison d'arrêt, un tableau de suivi des annulations des escortes est rigoureusement tenu alors que d'autres établissements pénitentiaires n'ont pas développé d'outils.

¹⁶² Nombre d'extractions demandées en 2011 : 50.700, en 2012 : 51.060.

¹⁶³ Sur cet item les données de 35 USMP n'étaient pas disponibles.

¹⁶⁴ Le médecin régulateur peut demander l'intervention d'un véhicule de secours médical (SMUR, sapeurs-pompiers ou transport sanitaire privé). Une fois le diagnostic effectué sur place par l'équipe des secours, ceci peut conduire à une extraction vers le service des urgences de l'hôpital. Ces extractions mobilisent une équipe pénitentiaire d'escorte. En outre, dans le cas où le médecin régulateur estime qu'une admission aux urgences est nécessaire mais ne dispose immédiatement pas des équipes SMUR/pompiers pour la réaliser, c'est l'établissement pénitentiaire qui réalise cette extraction, en recourant soit à un fourgon, soit à un véhicule sanitaire léger (VSL) lorsqu'il en dispose.

- [489] A défaut de pouvoir bénéficier actuellement d'une vision globale, il est apparu lors des différents déplacements que les causes des non-réalisations d'extractions sont multifactorielles et que, outre le manque de disponibilité d'une escorte de l'administration pénitentiaire, cette dernière n'a pas la responsabilité exclusive des extractions non réalisées. On relève notamment les motifs suivants : transfert ou libération du détenu, annulation du rendez-vous par l'hôpital, refus du détenu.
- [490] Les refus des personnes détenues ont un rôle non négligeable. Il a été rapporté à la mission que des refus s'expliquaient par le chevauchement de l'extraction avec un parloir, voire une promenade, ou par leur souhait de ne pas être hospitalisés en UHSI, notamment eu égard aux conditions de détention.
- [491] D'une façon générale, il apparaît que certains de ces refus pourraient être évités par une meilleure information du détenu, au moment où il doit être extrait, comme en amont par le médecin. Si la date de l'extraction ne peut être communiquée aux détenus pour des raisons évidentes de sécurité, ses modalités et le délai approximatif de sa réalisation pourraient, dans certains cas, être explicités¹⁶⁵.
- [492] L'initiative conjointe de l'ARS Rhône-Alpes et de la DISP de Lyon qui définissent, pour chaque établissement pénitentiaire, un objectif de pourcentage d'extractions réalisées par rapport à celles demandées, mérite d'être soulignée. Le suivi et le bilan sont exposés dans les comités de coordination des établissements concernés, ce qui favorise la mobilisation des acteurs impliqués.
- [493] La mission préconise de généraliser cette bonne pratique et de faire du taux de réalisation des extractions médicales demandées l'un des indicateurs internes du dialogue de performance de la DAP avec ses DISP, exprimant la correcte réponse de l'administration pénitentiaire à un besoin.

2.3.1.2 Des mutualisations d'effectifs et de moyens ont été localement initiées mais elles ne font pas l'objet d'un retour d'expériences

- [494] Lors de ses déplacements, la mission a constaté que des expériences de mutualisation des moyens en termes de ressources humaines étaient menées, lorsqu'il existe notamment une proximité géographique entre UHSA/UHSI et l'établissement pénitentiaire (voir annexe n° 7).
- [495] Ainsi, dans la DISP de Lyon, les effectifs de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas chargés de la mission d'extraction médicale sont regroupés avec ceux de l'UHSA et de l'UHSI.
- [496] La DISP de Paris a posé, quant à elle, à la faveur d'un transfert de personnel consécutif à la fermeture temporaire de la prison de la Santé, les bases d'un pôle d'extractions médicales, qui assure d'une part l'arrivée et le départ des détenus hospitalisés à l'EPSNF provenant de la DISP de Paris et, d'autre part, les escortes pour les consultations pour examens réalisés à l'EPSNF des détenus affectés dans les établissements pénitentiaires de Bois d'Arcy, Versailles, Réau et Meaux.
- [497] Ces expérimentations mériteraient d'être évaluées par la DAP afin, le cas échéant, de définir de nouveaux modèles d'organisation des escortes.

¹⁶⁵ Cette information peut utilement être complétée par la remise à la personne détenue d'une plaquette d'information sur les modalités d'hospitalisation, comme certaines UHSI le pratiquent désormais. Il a aussi été rapporté que des refus de détenus s'expliquaient par leur souhait de ne pas être hospitalisés en UHSI, notamment eu égard aux conditions de détention.

2.3.1.3 Les extractions médicales font l'objet de pratiques sécuritaires systématisées malgré la réglementation en vigueur

- [498] La question des mesures de sécurité prises lorsqu'un détenu sort de son lieu de détention pour se rendre dans une structure de soins est également essentielle. A bien des égards, les pratiques professionnelles de sécurisation des extractions médicales et les critiques récurrentes, voire les condamnations devant des juridictions, montrent la difficulté à concilier logique professionnelle de surveillance et logique professionnelle de soins.
- Les normes réglementaires imposent une individualisation des modalités de surveillance et des moyens de contraintes
- [499] La loi et les normes réglementaires prévoient que les moyens de contrainte et de surveillance doivent être mis en place en fonction des dangers qui résultent de la personnalité et du comportement du détenu concerné (voir annexe n° 7).
- [500] Une circulaire du 18 novembre 2004¹⁶⁶ précise qu'il appartient aux chefs d'établissement, en considération de la dangerosité du détenu pour autrui ou pour lui-même, des risques d'évasion, et de son état de santé, de définir si le détenu doit ou non faire l'objet de moyens de contrainte, et d'en préciser la nature. Plusieurs notes successives des directeurs de l'administration pénitentiaire ont depuis lors rappelé que « *le port des moyens de contraintes doit systématiquement faire l'objet d'une appréciation individualisée.* ».
- [501] Le chef d'établissement, l'un de ses adjoints ou à un chef de service pénitentiaire ayant reçu délégation à cet effet définit, lors de l'arrivée de la personne détenue à l'établissement, le niveau de sécurité de son escorte, selon une échelle allant de 1 à 4. Ce classement peut évoluer en cours de détention en fonction de la situation pénale et pénitentiaire de l'intéressé. Le classement est une simple indication qui doit être complétée au vu des éléments d'actualité au moment où s'effectue l'extraction.
- [502] Ainsi, lorsque la personne détenue est classée en escorte 1, les circulaires en vigueur prévoient qu'elle peut être extraite sans moyens de contrainte et la surveillance durant les consultations est de niveau I (se déroulant hors la présence du personnel pénitentiaire sans moyen de contrainte).
- Bien qu'une grande majorité des personnes détenues soient classées en escorte 1, l'absence de menottes demeure exceptionnelle
- [503] Il est constaté par la mission que, quel que soit le niveau d'escorte retenu, les personnes détenues sont très majoritairement menottées et entravées. A titre d'exemple, dans une maison d'arrêt visitée, sur un an seules 10 personnes détenues sur 437 étaient extraites vers l'hôpital sans moyens de contention, ces mesures plus souples concernant les personnes détenues de plus de 65 ans ou à mobilité réduite.
- [504] D'une manière tout à fait illustrative, la mission a reçu le témoignage d'une femme détenue enceinte de sept mois et demi, conduite menottée en ambulance en début de nuit pour un examen. Les surveillants ont expliqué cette pratique par le fait que le chef d'escorte -le gradé de roulement présent de nuit- ne connaissait pas la femme détenue en question et qu'ainsi, par principe de précaution, il avait préféré appliquer la règle de sécurité usuelle.
- [505] Le fait même de bénéficier de permissions de sortie régulières ne garantit pas aux personnes détenues concernées une extraction à l'hôpital sans contraintes, comme en témoignent les observations de la mission dans la plupart des établissements visités.

¹⁶⁶ Circulaire JUSK 0440155CD relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.

- [506] Entendus par la mission, les représentants de deux organisations professionnelles de surveillants soulignent que la décision et la responsabilité des moyens de sécurité reposent en pratique uniquement sur le chef d'escorte qui a tendance à mettre en place toutes les mesures de précaution susceptibles de sécuriser sa décision.
- L'impératif du secret médical est pris en compte par la circulaire de 2004
- [507] Une fois à l'hôpital, la circulaire de 2004 prévoit, sans ménager d'exceptions à cette règle que, 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'entraient pas la confidentialité de l'entretien médical. Elle prévoit également une possibilité de surveillance indirecte des détenus par le personnel pénitentiaire, sous réserve que ceux-ci fassent l'objet d'une fouille par palpation à la fin de la consultation. Elle précise que l'exécution de la mission de l'administration pénitentiaire doit, dans tous les cas, s'exercer dans le respect et la reconnaissance du travail et des missions des personnels sanitaires.
- [508] La mission a pu identifier que le niveau de surveillance mis en œuvre par la plupart des établissements pénitentiaires peut, dans les faits, être assimilé au « niveau II », voire au « niveau III », c'est-à-dire que les consultations s'y déroulent sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire, sans ou avec moyens de contrainte, portant ainsi atteinte à la confidentialité de la consultation et au secret médical¹⁶⁷.
- [509] Lorsqu'un médecin s'oppose à la présence de surveillants durant une consultation, d'après les personnels pénitentiaires et les praticiens hospitaliers interrogés à ce sujet, s'ouvre une discussion en forme de négociation « au cas par cas » entre les équipes médicales et le chef d'escorte¹⁶⁸.
- [510] Ces pratiques de sécurité maximale répondent à des mesures de précaution relatives aux risques d'évasion. Ces risques sont réels puisqu'il a été recensé 23 évasions lors d'extractions médicales depuis 2011¹⁶⁹ mais ils ne peuvent, selon la mission, justifier la systématisation de ces pratiques qui, de facto, nient l'effort d'individualisation voulu par le législateur.
- [511] D'une façon générale, le caractère particulièrement contraignant des extractions médicales pour les personnes détenues est de nature à constituer un frein à leur adhésion aux soins, ce qui peut expliquer des refus de se rendre à l'hôpital, avec de potentielles conséquences dommageables sur leur état de santé.

2.3.1.4 Il convient de revoir la réglementation afin de garantir un usage individualisé des moyens de contrainte

- [512] En premier lieu, les dispositions décretales mériteraient d'être actualisées afin d'effectuer la coordination qui a été omise à l'article D. 294. En outre, la réglementation apparaît trop complexe et manque de lisibilité puisque huit notes et circulaires, actuellement en vigueur, régissent la matière. Il conviendrait qu'une circulaire unique puisse préciser l'ensemble de la réglementation applicable qui pourrait être l'occasion d'une révision de certaines dispositions.

¹⁶⁷ Cette situation fait l'objet de dénonciations récurrentes dont la plus récente est celle du CGLPL. Le Défenseur des Droits a également rendu un avis sur le sujet en 2015. Antérieurement, plusieurs recommandations du Comité européen de privation de la Torture (rapports de visite de 1998, 2001, 2007) et plusieurs condamnations de la France par la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH, 14 nov. 2002, Mouise c/ France ; 27 nov. 2003, Hénaf c/ France ; 26 mai 2011, Duval c/ France) ont également été rendues sur ce sujet.

¹⁶⁸ Auditionné par la mission, le CGLPL a porté à la connaissance de la mission que des personnes détenues avaient pu être entravées et menottées pendant une intervention chirurgicale, y compris pour des examens gynécologiques. Il souligne également qu'il peut advenir qu'un médecin souhaitant qu'on enlève les entraves ne soit pas toujours entendu mais qu'inversement, des praticiens pouvaient dans certains cas demander le maintien d'entraves afin de se sentir rassurés.

¹⁶⁹ En 2011 : 5 ; en 2012 : 6 ; en 2013 : 7 ; en 2014 : 4 ; au 30 juin 2015 : 1. Source DAP Etat-Major de Sécurité ; juillet 2015.

- [513] La dernière note de la DAP en la matière, datant du 29 avril 2014, n'a pas apporté les clarifications nécessaires puisque l'absence de moyens de contrainte pour les détenus classés en escorte 1 demeure une simple faculté et non une obligation (« *la personne détenue peut être extraite sans moyens de contrainte* »).
- [514] La mission recommande donc d'ériger l'absence de moyens de contrainte en principe pour les détenus classés en escorte 1. Il conviendrait en outre de clarifier les modalités de classement dans les différents niveaux d'escorte afin d'unifier les pratiques et de tenir effectivement compte de ce nouveau principe.
- [515] Le classement d'office de certaines catégories de personnes détenues en escorte 1 serait présumé. Les publics concernés par ce classement présumé en niveau 1 seraient ceux qui ont « *une date de libération proche et/ou bénéficient de permission de sortir* », comme le prévoit déjà pour eux la note du 29 avril 2014, auxquels s'ajouteraient les personnes détenues âgées de plus de 70 ans, les femmes enceintes, les personnes détenues à mobilité réduite ou présentant des pathologies invalidantes, ainsi que ceux qui purgent une peine inférieure à six mois.
- [516] Le classement présumé de ces personnes détenues en niveau d'escorte 1 pourrait être écarté pour un classement dans une catégorie d'escorte davantage contraignante, pour des motifs liés au comportement de l'intéressé en détention, à son profil pénal (condamnation pour des faits graves), à un risque avéré d'évasion, ou encore pour des motifs d'ordre public.
- [517] Lors d'une extraction médicale, pour permettre aux équipes d'extraction de conserver une souplesse et d'adapter si nécessaire les règles aux enjeux de la sécurité, il conviendrait de prévoir une procédure spécifique consignée par écrit (le cas échéant a posteriori), qui autoriserait le chef d'escorte, en cas d'évolution de la situation au moment où s'effectue l'extraction (par exemple, comportement agité ou agressif du détenu), à imposer le port de moyens de contrainte à un détenu classé en niveau 1, après accord d'un gradé.
- [518] Il s'agit ainsi d'une part, de faire de l'absence de moyens de contrainte la règle pour les détenus classés en escorte 1 (et conséquemment des moyens de contrainte, l'exception) et, d'autre part, de faire que les décisions de mise sous entrave des détenus classés en escorte 1 ne soient pas prises par le seul chef d'escorte.
- [519] Ce nouveau dispositif pourrait en outre favoriser le comportement correct des personnes détenues dans la perspective d'être extraites sans moyens de contrainte, et de favoriser ainsi leur insertion.
- [520] La DAP devrait inscrire l'individualisation des modalités d'extractions médicales dans son dialogue de performance 2016 afin que les chefs d'établissement puissent s'appuyer sur un indicateur.
- [521] L'abandon de pratiques trop sécuritaires systématisées doit s'articuler avec une adaptation des procédures d'accueil des personnes détenues et la définition de parcours sécurisés dans les centres hospitaliers.

Recommandation n°19 : Pour améliorer le taux de réalisation des extractions médicales, fixer un objectif par DISP, inscrit dans le dialogue de performance de la DAP, et en présenter le bilan lors des comités de coordination des établissements pénitentiaires.

Recommandation n°20 : Rédiger une circulaire unique qui synthétise et clarifie l'ensemble de la réglementation applicable aux conditions de sécurité des extractions médicales et pose le principe selon lequel un détenu classé en escorte 1 ne doit pas avoir de moyens de contrainte, sauf décision motivée du chef d'escorte. Inscrire l'individualisation des mesures de contention dans le dialogue de performance de la DAP.

2.3.2 Le nécessaire développement des aménagements de peine et de la suspension de peine pour raisons médicales

2.3.2.1 La suspension de peine pour raisons médicales : des outils de suivi statistique encore insuffisants et une procédure qui demeure imparfaitement connue, à fortiori pour troubles psychiatriques

- La mise en œuvre progressive d'un suivi statistique des suspensions de peine pour raisons médicales

- [522] Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, les personnes en fin de vie ou dont l'état est durablement incompatible avec le maintien en détention, sauf cas exceptionnel lié à un risque grave de renouvellement de l'infraction, n'ont pas vocation à demeurer en prison. Il s'agit d'abord d'une question de dignité. A cet égard, il convient de préciser que le principe vaut même en cas d'hospitalisation, en chambre sécurisée ou en UHSI, puisque s'y applique le strict régime de la détention, ce qui ne permet pas à la personne détenue de s'éteindre entourée de ses proches. Il s'agit également de prendre en compte les difficultés que rencontre l'administration pénitentiaire pour prendre en charge ces personnes qui ont de lourdes pathologies (nécessité de nombreuses extractions, d'adapter les conditions de détention, d'aménager des espaces dédiés ...).
- [523] Faute d'analyse des dossiers de décès en détention, comme exposé au 1.2.1.3, il n'est pas possible de déterminer si des personnes sont décédées alors qu'elles avaient demandé une suspension de peine. Entre 2002 et 2012, 1.221 mesures de suspension de peine ont été accordées pour 1.903 demandes.
- [524] En outre, faute de place dans un établissement ou de solution d'hébergement approprié, certains JAP sont amenés à accorder la suspension de peine tout en conditionnant la libération à l'obtention d'un hébergement sans qu'il soit davantage, en l'état, possible de déterminer si des décès sont intervenus alors que la personne détenue se trouvait en attente d'une place d'hébergement.
- [525] Suite aux recommandations du rapport du groupe de travail Santé-Justice, remis aux ministres le 20 novembre 2013, la DAP a indiqué à la mission qu'elle travaillait à l'amélioration du suivi statistique réalisé avant 2012, grâce notamment à un questionnaire « Sphinx »¹⁷⁰.
- [526] En outre, la DACG a fait savoir à la mission que, dans le cadre de la préparation du rapport annuel de politique pénale 2014, les parquets seraient spécialement interrogés sur l'application des nouvelles dispositions légales sur la suspension de peine pour raisons médicales.
- [527] Il apparaît à la mission que des éléments précis, recueillis à partir des demandes de suspensions de peines, comme à partir des décès survenus en détention des suites d'une maladie, doivent faire l'objet d'une analyse régulière conjointe du ministère de la justice (DAP et DACG) et du ministère de la santé.

¹⁷⁰ Notamment recueil, en 2015, des données agrégées auprès des établissements pénitentiaires concernant le nombre de demandes de suspensions de peine, de mise en liberté pour motif médical ainsi que le nombre d'accords et de rejets, et renseignement par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), grâce au logiciel d'enquête SPHINX, des questionnaires au moment de la demande, de la mise à exécution et en fin de mesure. Ce questionnaire est en phase d'expérimentation, la généralisation de l'étude à l'ensemble des services étant prévue courant du 3ème trimestre 2015. L'exploitation des premiers résultats statistiques pourrait être envisagée en 2016.

- Les nouvelles dispositions sur la suspension de peine pour raisons médicales, issues de la loi du 15 août 2014 encore insuffisamment connues

[528] Suite aux préconisations du rapport du groupe de travail Santé-Justice, la loi du 15 août 2014 a assoupli les conditions d'octroi d'une suspension de peine pour raison médicale (une seule expertise est désormais requise), allégé la procédure d'urgence et étendu son champ et enfin instauré la mise en liberté pour motif médical d'un prévenu.

[529] Sur le terrain, ces nouvelles dispositions, entrées en vigueur au 1^{er} octobre 2014 sont apparues encore mal connues des professionnels de santé. Selon la DACG, aucune mesure de mise en liberté d'un prévenu pour raisons médicales n'est intervenue en application des nouvelles dispositions¹⁷¹. Il semble, en outre, au vu des renseignements recueillis par la mission sur le terrain et à la DACG, qu'aucune libération ou suspension de peine pour raison médicale liée à l'état de santé mentale n'est intervenue depuis l'entrée en vigueur de la loi du 15 août 2014. Celle-ci a, par ailleurs, précisé que l'état de santé durablement incompatible avec la détention, qui justifie, sauf en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction, la mise en liberté ou la suspension de peine comprend non seulement les problèmes physiques mais également les problèmes mentaux. Or, un grand nombre des psychiatres rencontrés, tant en USMP qu'en UHSA, ignoraient cette nouvelle disposition.

[530] Or, d'un point de vue éthique, comme du point de vue de la qualité de la prise en charge sanitaire, la question de la place en prison des personnes atteintes de troubles mentaux d'une particulière gravité, en particulier si la pathologie prive l'intéressé de la conscience même qu'il purge une peine, se pose avec une acuité particulière. Cette question vaut tant pour les condamnés que pour les prévenus, notamment lorsqu'ils sont dans l'attente d'une éventuelle déclaration judiciaire d'irresponsabilité pénale après qu'une expertise psychiatrique a conclu à l'abolition du discernement. (voir l'annexe n° 8).

[531] Actuellement, ces personnes sont gérées soit en UHSA, soit en établissement pénitentiaire notamment lorsqu'elles ne présentent pas de dangerosité pour elles-mêmes ou autrui, dans des conditions qui ne permettent pas une prise en charge adaptée, comme l'a relevé le CGLPL.

[532] La question se pose de savoir si les UHSA ont vocation à accueillir des détenus atteints de lourdes pathologies pour la totalité de leur peine et s'il n'y a pas là un risque de les voir se transformer en pratique, comme d'aucuns l'avaient craint lors de leur création, en lieu d'exécution de peines aménagées pour malades mentaux.

2.3.2.2 Les aménagements de peine pour raisons médicales sont peu mis en œuvre

[533] S'agissant des aménagements de peine¹⁷², la loi prévoit le fractionnement de peine pour «*motif grave d'ordre médical* », la libération conditionnelle, la semi-liberté, le placement sous surveillance électronique (PSE) pour «*suivre un traitement médical* », le placement extérieur pour «*faire l'objet d'une prise en charge sanitaire* » ou encore les permissions de sortir pour «*se présenter à un établissement de soins* ». La réglementation ne précise cependant pas selon quelles modalités le médecin peut transmettre au SPIP et au JAP les informations nécessaires à la construction d'un projet de sortie pour motif médical.

¹⁷¹ Articles 147-1 et 720-1-1 du Code de procédure pénale.

¹⁷² Art. 720-1, 729, D. 143-3e et D. 136 du CPP, articles 132-26, 132-26-1 du Code pénal.

- [534] Le nombre des mesures d'aménagements de peine pour raisons médicales n'est pas connu faute de statistiques faisant apparaître le motif particulier de l'aménagement de peine, ce qu'a signalé le groupe de travail santé-justice sur les aménagements et suspensions de peine pour raisons médicales¹⁷³. A cet égard, il conviendrait que les nouveaux outils statistiques évoqués, mis en œuvre pour évaluer l'application de la suspension de peine pour raisons médicales, puissent également intégrer les mesures d'aménagements de peine pour motif médical.
- [535] La mission a pu constater que, dans certains établissements, les aménagements de peine pour raisons médicales n'étaient aucunement pratiqués, ce qui révèle souvent une absence de coordination suffisante entre professionnels de santé et de justice.
- [536] En outre, dans de nombreux cas, ces dispositifs juridiques sont mal connus des professionnels de santé, de sorte qu'ils ne sont pas en mesure d'en prendre l'initiative, en lien avec la personne détenue et les CPIP.
- [537] Toutefois, dans quelques établissements pénitentiaires, des réunions régulières entre les différents professionnels, soit sur des sujets d'ordre général, soit même autour de l'examen de situations individuelles, ainsi que par des contacts directs, ont permis le développement d'une véritable politique d'aménagements de peine pour raisons médicales.
- [538] Les ministères de la justice (DAP, DACG et DPJJ) et de la santé élaborent un « *guide méthodologique sur les aménagements de peine et la mise en liberté pour raisons médicales* », à destination des magistrats, personnels pénitentiaires et médecins. Ce guide devra en particulier contenir un exposé de la jurisprudence de la Cour de Strasbourg et de la Cour de cassation et préciser les modalités d'appréciation de l'incompatibilité durable de l'état de santé avec la détention. Cette incompatibilité doit notamment s'apprécier au regard des conditions effectives de détention, dans un établissement donné et non au regard de la détention en UHSI ou en UHSA (établissements dans lesquelles les conditions de prise en charge sont a priori adaptées puisque la priorité est donnée aux soins). Il devra, de plus aborder spécialement la suspension de peine pour raisons médicales pour troubles mentaux et proposer, dans la mesure du possible, une nomenclature des pathologies potentiellement concernées afin d'éclairer les praticiens.
- [539] Il est souhaitable que ce guide consacre une partie spécifique importante aux aménagements de peine pour raisons médicales : rappel des dispositions légales, modalités et contenu de l'échange d'informations entre les médecins, l'assistante sociale de l'USMP quand il en existe, les CPIP et les magistrats chargés de l'application des peines, mise en place de réunions locales sur des sujets généraux ou individuels entre professionnels de santé et de justice.

2.3.2.3 Développer des permissions de sortir pour raisons médicales

- [540] La mise en œuvre par le ministère de la justice d'une véritable politique pénale en matière de permission de sortir, d'aménagement, et de suspension de peine pour raisons médicales, serait de nature non seulement à réduire le nombre d'extractions médicales mais encore à favoriser la réinsertion par un accès aux soins dans des conditions plus compatibles avec les impératifs de respect de la dignité des personnes et du secret médical.
- [541] Actuellement, les permissions de sortir d'une journée « *pour se présenter dans un centre de soin* », prévues à l'article D. 143 du Code de procédure pénale (CPP) ne sont pas, ou très peu, ordonnées.

¹⁷³ Selon le rapport du groupe de travail, les seules données existantes sont celles du nombre de demandes d'aménagements pour suivre un traitement recensées en 2012 par les SPIP : 264 demandes de PSE, 164 demandes de placement à l'extérieur, 29 demandes de semi-liberté.

- [542] Il apparaît que l'article D. 143 susvisé, qui limite la permission de sortir à une journée, fait obstacle aux sorties aux fins médicales qui nécessitent une durée supérieure (par exemple en cas d'examens ou de soins nécessitant une hospitalisation). Les permissions de sortir de trois à dix jours prévues par les articles D. 145 et D. 146 du CPP ne peuvent être accordées que pour le maintien des liens familiaux ou la préparation de la réinsertion sociale¹⁷⁴.
- [543] Ainsi, la mission recommande de modifier les articles 723-3 du CPP ainsi que l'article D. 145 du CPP, afin que ces permissions de sortir puissent être accordées pour se rendre dans un établissement de soins. Cette préconisation rejoint celle faite depuis 2009 par l'association nationale des juges de l'application des peines (ANJAP). Il est possible également d'envisager de créer une permission de sortie spécifique pour raison médicale, dont la durée serait fonction des besoins médicaux de la personne concernée, comme le propose le Contrôleur général des lieux de privation de liberté depuis 2012.
- [544] Le développement de ces permissions de sortir pour raison médicale suppose également une meilleure coordination entre magistrats, SPIP et médecins responsables des USMP. Ces questions relatives aux aménagements de peine et aux suspensions de peine pour motif médical pourraient utilement être mises à l'ordre du jour des commissions régionales Santé-Justice.
- [545] En outre, ces questions pourraient être examinées annuellement par le comité interministériel santé-justice de coordination de la santé pour les PPSMJ.
- [546] Enfin, la diffusion à venir du « *guide méthodologique sur les aménagements de peine et la mise en liberté pour raisons médicales* » pourrait s'accompagner d'une circulaire de politique pénale sur le développement des aménagements de peine pour raisons médicales.

Recommandation n°21 : Modifier la norme pour permettre l'octroi de permissions de sortir au-delà d'une journée afin de se rendre dans un établissement de soins.

Recommandation n°22 : Intégrer dans le « *guide méthodologique sur les aménagements de peine et la mise en liberté pour raisons médicales* » l'ensemble des dispositifs d'aménagements de peine pour raison médicale et accompagner sa diffusion d'une circulaire de politique pénale. Prévoir les modalités du suivi statistique.

Christine BRANCHU
Jérôme GUEDJ
Membres de l'IGAS

Sandrine ZIENTARA-LOGEAY
Inspectrice générale adjointe
des services judiciaires

Maxime De BLASI
Chargé de mission à l'IGSJ

Frédéric LOPEZ
Inspecteur des services pénitentiaires

¹⁷⁴ Il convient de préciser que seuls les condamnés qui ont exécuté la moitié de leur peine et qui n'ont plus à subir qu'un temps de détention inférieur à trois ans, ou les condamnés exécutant une ou plusieurs peines d'emprisonnement n'excédant pas au total une durée d'un an peuvent prétendre à ces permissions de sortir. Lorsque le condamné est détenu en centre de détention, le délai requis d'exécution de la peine est abaissé au tiers.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
REALISER UN NOUVEAU PROGRAMME			
3	Adopter un nouveau programme d'actions pour la santé des PPSMJ, piloté par le ministère de la santé et associant le ministère de la justice pour maintenir la mise sous tension des administrations et garantir la coordination des actions.	Ministère de la santé Ministère de la justice	1 ^{er} semestre 2016
ACTUALISER LES CONNAISSANCES SUR LA SANTE DES PERSONNES DETENUES			
1	Mettre en œuvre par étapes sur cinq ans le scénario proposé par l'InVS, de surveillance épidémiologique de la santé des personnes incarcérées : <ul style="list-style-type: none"> - Dès maintenant, réalisation d'enquêtes multithématiques régulières, tous les cinq ans minimum, dix ans maximum, sur la population entrant en détention et celle en détention ; - Inclure un volet « milieu carcéral » dans les grandes enquêtes nationales « santé » ; - Prévoir une enquête spécifique pour la santé mentale ; - A terme, mettre en place un suivi épidémiologique, lequel requiert comme préalable la généralisation de l'informatisation des unités sanitaires et l'interopérabilité des systèmes de santé. 	DGS InVS	2016-2020
2	Pour chaque décès intervenu en détention (hors cas de suicides avérés et hors cas d'agressions), l'ARS, informée par la DISP, demande à l'établissement de soins de rattachement de la structure de soins compétente un état de la prise en charge sanitaire de la personne détenue décédée et en communique les éléments administratifs lors du comité de coordination de l'établissement pénitentiaire.	DGS DAP SGMAS ARS DISP	1 ^{er} semestre 2016
AMELIORER LE PILOTAGE			
4	Créer un réseau interdirectionnel et des échanges de personnels avec le ministère de la justice, sous la responsabilité d'un directeur de projet dont la lettre de mission doit être cosignée par l'ensemble des directions concernées (DGS, DGOS, DGCS, DSS et SGMAS).	DGS DGOS DGCS DSS SGMAS DAP DACG	1 ^{er} semestre 2016

5	<p>Prévoir une instruction adressée aux directeurs généraux des ARS rappelant la nécessité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'assurer l'animation régulière des commissions régionales santé-justice et comités de coordination des établissements pénitentiaires ; - d'élaborer un programme d'actions spécifiques mis en œuvre dans les outils de droit commun existants (volet « détenus » des SROS, plans régionaux de santé, annexe relative à la santé des détenus des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens –CPOM- des établissements de santé) et de présenter l'évaluation de la mise en œuvre de la mise en œuvre du CPOM aux comités de coordination et commissions de suivi UHSI/UHSA ; - d'inscrire à l'ordre du jour des comités de coordination des thématiques organisationnelles (telles que le bilan des extractions médicales, la distribution des médicaments et l'état de l'offre de soins) et un point sur les mesures de prévention. 	DGS SGMAS	2016
ACCROITRE L'OFFRE ET L'ACCES AUX SOINS			
7	<p>Définir un socle minimum de fonctionnement prévoyant par activité et spécialité l'offre minimale de soins (ETP par spécialité et superficie des locaux dédiés à l'USMP) critérisé selon la nature de l'établissement pénitentiaire, et le nombre réel de personnes détenues.</p>	DGOS DAP	Début 2017
8	<p>Achever l'actualisation des protocoles-cadres et signer des conventions qui organisent la permanence des soins dans les établissements, en prenant en compte le temps et les contraintes propres au milieu pénitentiaire. A minima, mettre en place dans tous les établissements un temps de permanence d'un personnel infirmier les journées du samedi et du dimanche et les jours fériés.</p>	DGOS DGS SGMAS DAP	2016
9	<p>Inscrire dans le guide méthodologique en cours d'actualisation que le surveillant appelé pour un problème médical doit proposer systématiquement à la personne détenue de joindre le Centre 15, et doit bien la mettre en relation directe avec le médecin régulateur. L'ensemble de ces diligences doit être consigné dans les registres ad hoc - supports papier et électronique- et faire l'objet de vérifications régulières par le personnel de direction.</p>	DAP	1 ^{er} trimestre 2016
10	<p>Etablir une liste parmi les médicaments en accès direct de l'ANSM, de sorte que ces médicaments soient accessibles aux personnes détenues via l'administration pénitentiaire. Pour garantir la sécurité médicale, le bon de commande de médicament d'accès direct émanant d'une personne détenue doit être visé par l'USMP.</p>	DGS ANSM	2017

6	Achever l'étude concertée des besoins pour finaliser le choix des sites de la seconde tranche d'UHSA et mener en parallèle une analyse DAP-DGOS du fonctionnement optimal des UHSA afin d'actualiser la circulaire de 2011.	DAP DGOS	1 ^{er} semestre 2016
RENFORCER LES ACTIONS DE PREVENTION			
11	Garantir une prise en compte formalisée des enjeux de prévention, en prévoyant systématiquement un point prévention lors des comités de coordination, possiblement par la présentation d'un bilan standardisé d'activités du COPIL prévention	DGS SGMAS	2016
12	Associer davantage la MILDECA à l'élaboration et au pilotage du futur Programme d'actions.	DGS MILDECA	2016
13	Permettre à toute personne détenue non fumeur d'être incarcérée dans une cellule non fumeur, puis prévoir la création d'un quartier non-fumeur dans chaque établissement afin de respecter le choix et la santé de la personne détenue.	DAP	2017 - 2018
DEVELOPPER LES SOINS EN LIEN AVEC L'INFRACTION COMMISE			
14	Lancer des appels à projets afin de promouvoir des recherches sur l'aspect médico-psychologique et/ou les suivis en détention de soins en lien avec une condamnation.	DAP DACG	1 ^{er} semestre 2016
PRENDRE EN CHARGE LA PERTE D'AUTONOMIE			
15	Inclure un volet médico-social (perte d'autonomie) dans le futur programme d'actions : ces actions devront être pilotées par la DGCS et la CNSA en partenariat avec les MDPH et les Conseils départementaux.	DGCS CNSA	2016 - 2018
CONSOLIDER LA COUVERTURE SOCIALE ET L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES PERSONNES DETENUES			
16	Maintenir les personnes détenues aux régimes de couverture sociale, de base et complémentaire dont elles dépendent avant, au avant l'incarcération (à un régime de sécurité sociale, CMU, AME, CMU-C). ce maintien des droits s'inscrira dans la logique de la protection maladie universelle.	DSS	2016-2018
17	Renforcer l'accompagnement social lié à l'accès aux droits et à la préparation à la sortie : dans les USMP par une mobilisation d'une partie des moyens de travail social de droit commun existants dans le CH de rattachement ; dans les SPIP, par une affectation prioritaire des ASS en cours de recrutement sur cette mission.	DGOS DAP	2017

RENDRE PLUS JUSTE ET PLUS LISIBLE LE FINANCEMENT			
18	Revoir les règles de calcul et les principes de mise en œuvre des MIG afin d'assurer une meilleure lisibilité pour réduire les inégalités.	DGOS	2016 - 2017
FACILITER L'ACCES AUX SOINS HORS DE LA PRISON			
19	Pour améliorer le taux de réalisation des extractions médicales, fixer un objectif par DISP, inscrit dans le dialogue de performance de la DAP, et en présenter le bilan lors des comités de coordination des établissements pénitentiaires.	DAP	2016
20	Rédiger une circulaire unique qui synthétise et clarifie l'ensemble de la réglementation applicable aux conditions de sécurité des extractions médicales et pose le principe selon lequel un détenu classé en escorte 1 ne doit pas avoir de moyens de contrainte, sauf décision motivée du chef d'escorte. Inscrire l'individualisation des mesures de contention dans le dialogue de performance de la DAP.	DAP	2016
21	Modifier la norme pour permettre l'octroi de permissions de sortir au-delà d'une journée afin de se rendre dans un établissement de soins.	DAP DACG	2016
22	Intégrer dans le « guide méthodologique sur les aménagements de peine et la mise en liberté pour raisons médicales » l'ensemble des dispositifs d'aménagements de peine pour raison médicale et accompagner sa diffusion d'une circulaire de politique pénale. Prévoir les modalités du suivi statistique.	DAP DACG	1 ^{er} semestre 2016 (2017 pour le suivi statistique)

LETTRE DE MISSION



Liberté • Égalité • Fraternité
REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

30 MARS 2015

INSPECTION GÉNÉRALE
DES SERVICES JUDICIAIRES

Les Directeurs de Cabinet

Paris, le 25 MARS 2015



Numéro message : 201510017400

Le Directeur de cabinet de la garde des Sceaux,
ministre de la Justice,
Le Directeur de cabinet de la ministre des Affaires
sociales, de la Santé et des Droits des femmes

à

Monsieur l'Inspecteur général des services judiciaires,
Monsieur le chef de l'Inspection générale des affaires
sociales

Objet : Mission interministérielle d'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (PPSMJ)

La loi du 18 janvier 1994 a confié au ministère chargé de la santé la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. Elle garantit aux personnes détenues la mise en place de moyens permettant une prise en charge sanitaire équivalente à celle de la population générale.

Un rapport de la direction des hôpitaux, remis en 1997, puis un rapport conjoint de vos deux inspections, effectué en 2001, ont montré des progrès et souligné les insuffisances et les disparités dans l'application de la loi.

Un plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) a été lancé en 2010.

Ce plan, qui comporte 6 axes, 18 mesures, 40 actions (ramenées à 38 actions par regroupements de plusieurs actions), est arrivé à expiration à la fin de l'année 2014.

La direction générale de la santé et la direction générale de l'offre de soins ont saisi le Haut Conseil de santé publique (HCSP) sur l'évaluation de ce plan.

Le rapport du HCSP remis fin 2012 propose une évaluation externe que, conformément à l'avis du comité interministériel santé/justice du 19 mars 2014, nous souhaiterions voir réalisée par vos deux inspections.

.../...

Cette évaluation aura pour objet :

- de permettre une comparaison avec la situation constatée lors de la mission de 2001, de recenser les avancées réalisées pendant cette période et d'évaluer la pertinence des actions du plan susceptibles d'avoir contribué à ces résultats ;
- de réaliser un état des lieux des partenariats santé/justice aux différents niveaux (national, régional et local) et d'en faire apparaître les facteurs clés facilitant ou faisant obstacle à la coopération (commissions régionales santé/justice, conventions entre les caisses d'assurance maladie et les établissements, protocoles entre établissements de santé et établissements pénitentiaires...) ;
- d'évaluer le bien-fondé d'un nouveau plan pluriannuel et d'en proposer les principaux axes.

Pour conduire votre mission, vous vous appuyerez sur les services de nos deux ministères.

Vous pourrez recourir aux travaux effectués par la direction générale de l'offre de soins, la direction générale de la santé, la direction de la sécurité sociale et la direction générale de la cohésion sociale, ainsi que par les référents « santé des personnes détenues » des agences régionales de santé (ARS).

Vous pourrez également demander à la direction de l'administration pénitentiaire de vous apporter son concours afin d'évaluer, auprès d'établissements pénitentiaires et des directions interrégionales des services pénitentiaires, la réalité de la mise en œuvre des actions du plan.

Vous voudrez bien faire un point d'étape de votre mission pour le 15 juin 2015 et nous rendre votre rapport définitif avant le 3 septembre 2015.



Gilles LE CHATELIER



Bruno MAQUART

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Cabinet de la ministre

Raymond Le Moign, directeur-adjoint « Santé »

Fredéric Varnier, conseiller en charge du financement des établissements hospitaliers et médico-sociaux

IGAS

Pr Alain Nizri, inspecteur général (au titre de la mission « prévention du suicide »)

Vincent Marsala, inspecteur général, chef de la mission pénitentiaire

Laurent Gratieux, inspecteur général

Dr Alain Lopez, médecin psychiatre, inspecteur général

Dr Julien Emmanuelli, médecin, inspecteur général

Direction de projet du Plan « santé des détenus »

Dr Dominique de Penanster, directrice de projet du plan

DGS

Patrick Ambroise, chef de bureau, sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques

Dr Christine Barbier et Dr Lerasle, du bureau « santé des populations »

DGCS

Katia Julienne, cheffe de service, adjointe à la directrice générale,

Chantal Erault, conseillère auprès de la sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

DGOS

Isabelle Prade, cheffe du bureau « prise en charge post aigues, pathologies chroniques et santé mentale » bureau R4

Grégoire Mathieu, chargé de mission « soins aux détenus » au bureau R4

Chantal Valdy, chargée de mission au bureau R4

Agnès Lordier- Brault, conseillère santé à la sous-direction des ressources humaines du système de santé

Franck Jolivaldt, chef du bureau PF5 systèmes d'information

Mary Latouille, chargée de mission au bureau PF5

Jérôme Dupont, chef du bureau SR 6 système d'information décisionnel

DSS

Virginie Duverneuil, cheffe du bureau 2A

Isabelle Bouillé- Ambrosini, responsable du dossier des personnes détenues, bureau 2A

CNSA

Geneviève Gueydan, directrice générale

Fredéric Tallier, expert médical secteur handicapé

INPES

Pr François Bourdillon, directeur général par intérim (DG de l'InVS)

Dr Paule Deutsh, direction animation territoire et réseau (MISP)

Dr Khadoudja Chemlal, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé

InVS

Sylvie Quelet, directrice du département des maladies infectieuses

Bruno Coignard, adjoint à la directrice du département des maladies infectieuses

Florance Lot, responsable de l'unité VH-IST-Hépatites B/C-Tuberculose au département des maladies infectieuses

Delphine Antoine, coordinatrice du programme Tuberculose au département des maladies infectieuses

Isabelle Gremy, directrice du département des maladies chroniques et traumatiques

Christine Chanhec, coordinatrice du programme de santé mentale au département des maladies chroniques et traumatiques

Marie Jauffret-Roustide, sociologue et chercheuse INSERM et en contrat d'interface InVS

MINISTERE DE LA JUSTICE

Cabinet de la ministre

Anne Berriat, directrice-adjointe

Lara Tanguy du Désert, conseillère

IGSJ (au titre de la mission « prévention du suicide »)

Marie-Françoise Lebon-Blanchard, inspectrice générale adjointe

Anne Bonenfant, auditrice

Stéphanie Kretowicz, inspectrice

Direction de l'administration pénitentiaire

Isabelle Gorce, directrice de l'Administration Pénitentiaire

Stéphane Bredin, sous-directeur de l'organisation et du fonctionnement des services déconcentrés

Morgan Tanguy, adjoint au sous-directeur de l'organisation et du fonctionnement des services déconcentrés

Martin Gionnane, adjoint du chef de bureau du budget, de la comptabilité et des finances (SD1)

Julien Morel d'Arleux, sous-directeur des personnes placées sous main de justice

Serge Canape, chef de bureau des politiques sociales et d'insertion (PMJ2)

Jean-José Lopez, chef du pôle santé du bureau PMJ2

Docteur Sannier, pôle santé, bureau PMJ2

Annie Kensey, cheffe du bureau des études et de la prospective (PMJ5)

Aline Désesquelles, chercheuse à l'INED

Caroline Touraut, chercheuse

Martine Bardet, sous-directrice MI

Antoine Danel, adjoint au chef du bureau SD4

Gilles Pietri, chef de projet SD4

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Catherine Sultan, directrice

Frédérique Botella, adjointe à la sous-directrice (sous-direction des missions de protection judiciaire et d'éducation (SDK))

Danielle Forgeot, infirmière, pôle santé, SDK

DACG

Robert Gelli, directeur des affaires criminelles et des grâces

Mme Béatrice Bossard, sous-directrice de la justice pénale générale

Lise Jaulin, adjointe à la chef de BEPG

AUTORITES ADMINISTRATIVES INDEPENDANTES ET ORGANISMES PUBLICS

Contrôleur général des lieux privatifs de liberté

Adeline Hazan, contrôleuse générale

André Ferragne, secrétaire général

Maddgi Vaccaro, directrice des affaires juridiques

Défenseur des Droits

Samantha Anderlin, rapporteure au pôle « déontologie de la sécurité »

Bruno Landy, médecin, coordinateur du pôle Santé

Sarah Benichou, chef d'unité accès aux droits et discrimination

CNAM

Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation

Fanny Richard, responsable du département de la réglementation

Frédéric Merle, responsable de la division de la gestion des prestations et des partenaires au sein de la direction déléguée aux opérations (DDO)

Catherine Kermarc, directrice de cabinet de la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation

MILDECA

Danièle Jourdain-Menninger, présidente

Ruth Gozlan, médecin, chargée de mission santé

Katia Dubreuil, magistrat, chargée de mission justice

Frédéric Dussort, stagiaire élève avocat

ASSOCIATIONS, REPRESENTANTS DES PROFESSIONNELS ET SYNDICATS

OIP

François Bès, coordinateur régional Île-de-France/Outre-mer

ANJAP

Martine Michelle Lebrun, présidente honoraire de l'ANJAP et magistrate réserviste attachée au service de l'Application des peines du TGI de Rennes

APSEP

Patrick Serre, vice-président

Fadi Meroueh, vice-président

Anne Lécu, membre du bureau

AIDES

Christian Andreo, directeur général délégué

UGSP/CGT

Alexis Granhaie, secrétaire national

Christopher Dorangeville, secrétaire national

Thomas Robe, secrétaire National

FO/PS

James Vergnaud, secrétaire général-adjoint /nouvelles missions et centrales

Stéphane Touil, secrétaire général-adjoint/pôle action sociale et référent national secteur Paris

PARTICIPANTS A LA REUNION NATIONALE ORGANISEE PAR LA MISSION LE 9 JUILLET 2015

DISP

Bénédicte Deblock, référente santé DISP Bordeaux
Blandine Picard, référente santé DISP Dijon
Emmanuel Cinnaman, référent santé DISP Lille
Françoise Demichel, référente santé DISP Lyon
Jean-Paul Bouttier, DPIPPr, DISP Marseille
Marie-Ange Abbadie, référente santé Paris
Valérie Pondaven, référente santé Rennes
Eléonore Caetano, cheffe d'unité DPIPPr Strasbourg
Laurence Helleringer, cheffe d'unité DPIPPr, Toulouse
Johanna David, DPIPPr, référent santé MOM

ARS

Dr Martine Valadie-Jeannel, Aquitaine
Dr Corinne Schouler, Bourgogne
Hubert Pissier, Centre
Dr Marie José Dagoury
M. Philippe
Mme Bert
Béatrice Beauchamps, Haute-Normandie
Dr Monique Habib Rappoport, Ile-de-France
Virgine Arnould, Lorraine
Dr Marylène Fabre, Midi-Pyrénées
Olivier Rovere, Nord-Pas-de-Calais
Charlotte Kova, Picardie
Dr René Faure, Picardie
Dr Frédérique Allaire, Poitou-Charentes
Dr Sylvie Ynesta, Rhône-Alpes
Dr Yrlande François, Guadeloupe

DEPLACEMENTS DE LA MISSION

Centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville

ARS

Claude d'Harcourt, directeur général de l'ARS
Virginie Arnould, chargée de mission accès aux soins des personnes détenues

DISP

Valérie Decroix, directrice interrégionale DISP Grand Est
Eléonore Caetano, cheffe d'unité des politiques publiques d'insertion
Mélanie Herrman, responsable de la section sanitaire, unité des politiques publiques d'insertion

Etablissement pénitentiaire

Mickaël Merci, adjoint au chef d'établissement
Olivier Chereau, capitaine, chef de détention

SPIP

Antoine Michaut, directeur fonctionnel PIP

UHSI

Aurore Plénat, directrice des affaires juridiques CHRU Nancy et référente UHSI et USMP

Dr Patrick Peton, responsable UHSI et USMP, médecin des deux unités
 Isabelle Castin, cadre supérieure de santé, cheffe de pôle URM (urgences et réanimation médicale dont dépendent l'UHSI et USMP)
 Jean-Michel Romac, cadre de santé à l'UHSI
 Sandrine Moriau, Anne Devadder, infirmières
 Cathy Anger, aide-soignante

UHSA

Armand Mathe, capitaine responsable pénitentiaire UHSA
 Dr Isabelle Mouric, PH responsable UHSA
 Dr Pierre Horrach, PH responsable SMPR de Metz

Unité sanitaire

Somatique :

Aurore Plénat, directrice des affaires juridiques CHRU Nancy et référente UHSI et USMP
 Patrick Peton, responsable UHSI et USMP somatique
 Denis Titah, cadre de santé à l'USMP somatique
 Dr Cité, médecin à l'USMP somatique
 Mmes Godard, Champagne, Mercier, Carton et M. Eisenbarth, infirmiers à l'USMP

Psychiatrique :

Dr Estelle Rollin, responsable USMP psychiatrique
 Nathalie Chevalier, Aurélie Driquet, Fatiha Haoulia et Gaëlle Hance et Cédric Roux, infirmiers
 Frédéric Nyegue, psychologue

Justice

Roland Esch, président du TGI de Nancy
 Anne-Marie Gobin, vice-présidente chargée de l'application des peines au TGI de Nancy
 Fabienne Nicolas, vice-présidente chargée du tribunal pour enfants au TGI de Nancy
 Thomas Pison, procureur de la République près le TGI de Nancy
 Philippe Nativel, vice-procureur au TGI de Nancy

Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

Etablissement pénitentiaire

Nadine Picquet, cheffe d'établissement

SPIP

Morgane Denoual, assistante sociale
 Evelyne Bazola, DPIIP
 Patricia Théodose, DPIIP, responsable de l'antenne de Fleury

Unité sanitaire

Somatique :

Docteur Michel Fix

Psychiatrique :

Dr Ahmed Chabane, responsable du SMPR
 Dr Abdelkader Belahka
 Françoise Renou, cadre de santé

Maison d'arrêt du Mans

ARS

Odile Doucet, référente PSMJ, Délégation territoriale ARS 72
 Benjamin Meyer, chef de projet PSMJ
 Jeanne Baby, stagiaire

DISP

Lodezie Pondaven, DISP Bretagne, Pays de Loire, Basse-Normandie- responsable santé

Etablissement pénitentiaire

Karine Verrière, cheffe d'établissement
 Stéphane Glappier, directeur-adjoint

Olivier Geoffroi, chef de détention

SPIP

Stephan Feuillard, directeur SPIP 72

Catherine Moöns, directrice-adjointe SPIP 72

Centre hospitalier Le Mans

Laurence Vo Dinh, directrice-adjointe

Angèle Dau Youcef, cadre supérieure de santé

Barbara Boivin, cadre de santé USMP et urgences

Centre hospitalier spécialisé

Anne Barlucca, médecin psychiatre

Chantal Gaisne-Reuze, cadre supérieure de santé, assistante au chef de pôle Transversal externe

Unité sanitaire

Patrick Serre, praticien hospitalier

Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs de Meyzieu

ARS

Sylvie Ynesta, MISP / référente Santé des détenus

DISP

Maryline Bruchon, chef DPIPPR / DISP Lyon

Etablissement pénitentiaire

Denise Drillien, cheffe d'établissement

Bruno Fenayon, directeur-adjoint

Justice et PJJ

Nathalie Descot, substitut

Marc Brzegowy, directeur interrégional de la PJJ

Sophie Mico, conseillère technique Santé, DIRPJJ

Yvan Battut, responsable unité éducative PJJ

Muriel Agniez, responsable unité éducative PJJ

Gaëlle Goffard, éducatrice unité filles PJJ

Delphine Gavallet, éducatrice UPECA (unité de prise en charge adaptée), PJJ

Nawal Sekkat, éducatrice unité arrivants, PJJ

Centre hospitalier

Philippe Chossegros, CHLS / chef UHSI

Guillaume Ducolorus : directeur-adjoint des Hospices Civils de Lyon

Unité sanitaire

Somatique :

Dr Philippe Chossegros, médecin coordinateur

Psychiatrique :

Hubert Meunier, directeur, CH Le Vinatier

Frédéric Meunier, PH, responsable de pôle, CH Le Vinatier

Olaya Sabri, cadre de santé, CH Le Vinatier

M-Anouck Pitel-Buttez, psychiatre SMPR, CH Vinatier

EPNSF (établissement public national de santé de Fresnes)

Guillaume Mosser, directeur

Henri Gibon, directeur-adjoint hospitalier

Martine Comte, présidente du CA de l'hôpital, première présidente de cour d'appel honoraire

Dr S. Balanger, chef de service du SSR

Dr I. Cambois, pharmacien, chef de service

Dr Hamid Benmezbar, praticien hospitalier SSR

Dr Anne Dulioust, PH médecine

Dr Mélanie Bateille-Geuillet

Dr Michel Palou, médecin SSR

Justice

Alain Saffar, procureur-adjoint au TGI de Créteil

Jean-Claude Bouvier, vice-président chargé de l'application des peines au TGI de Créteil

Maison Centrale d'Arles**Etablissement pénitentiaire**

Christine Charbonnier, cheffe d'établissement

Centre hospitalier

Guy Danon, directeur-adjoint, chargé des relations extérieures CHS de Montfavet

Loïc Hardy, directeur-adjoint chargé de la qualité, des relations usagers et de la santé mentale CH d'Arles

Unité sanitaire**Somatique :**

Valérie Lachaud, médecin urgentiste.

Psychiatrique :

Christine-Dominique Bataillard, psychiatre

Bernard Di Manno, psychiatre

Maison Centrale de Clairvaux**ARS**

Michèle Trabant, cheffe de cabinet du directeur général de l'ARS

DISP

Gilles Bertrand, DIPPR DISP Dijon

Etablissement pénitentiaire

M. Alarcon, directeur-adjoint

Centre hospitalier

M. Adam, directeur de l'EPSM de l'Aube

David Tourmente, directeur adjoint de l'EPSM de l'Aube

Unité sanitaire**Somatique :**

Fanny Malherbe, accompagnante socio-éducative en addictologie

Justice :

Antoine Giessenhoffer, juge chargé de l'application des peines au TGI de TROYES

Maison d'arrêt de Loos-Séquedin**ARS**

Olivier Rovere, conseiller santé-justice

Etablissement pénitentiaire

Delphine Rousselet, adjointe au chef d'établissement

Sandrine Rocher, directrice de la détention, responsable santé

SPIP

François Marie, CPIP

Centre hospitalier

Franck Bottin, directeur-adjoint CHRU de Lille

UHSI

Docteur Frédéric Grimonpont, PH CHRU de Lille

Unité sanitaire**Somatique :**

Simon Lizais, PH, responsable USMP

Mickaël Cogo, PH chirurgien-dentiste, responsable de l'UFdentaire

Nathalie Vanhems, cadre supérieure de santé

Psychiatrique :

Anne Deuez, psychiatre, responsable des soins psychiatriques USMP

Maison d'arrêt de Nîmes**Etablissement pénitentiaire**

Luc July, chef d'établissement

Philippe Montre, lieutenant pénitentiaire, officier Infrastructure

SPIP

Nathalie Vernet, DPIP, cheffe d'antenne Milieu Fermé

Laurence Fierfort, CPIP antenne Milieu Fermé

Centre hospitalier**Unité sanitaire****Somatique :**

Docteur Hilaire

Docteur Bosa

Psychiatrique :

Docteur Perrotti-Coste

Maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône**ARS**

Sylvie Ynesta, MISP / référente Santé des détenus

DISP :

Sophie Santini, cheffe de l'unité des politiques publiques d'insertion DPIP - DISP Rhône-Alpes/Auvergne

Etablissement pénitentiaire

André Fostier, chef d'établissement

Désirée Yulasci, directrice de la détention

Centre hospitalier

Marie-Rose Teinturier, directeur stratégie, Hôpital Nord-Ouest Villefranche

Patricia De Michele, cadre supérieure de santé, pôle psychiatrie CH Saint-Cyr du Mont d'or

Christophe Ledez, directeur des soins, qualité et relations avec les usagers CH Saint-Cyr du Mont d'or

Sandrine Devaux, cadre supérieur de santé, Hôpital Nord-Ouest Villefranche

Unité sanitaire

Thomas Millot, médecin coordonnateur de l'USMP

Psychiatrique :

Pierre-François Godet, PH chef de pôle psychiatrie au CH Saint-Cyr du Mont d'or

Béatrice Hoppenot, psychiatre responsable USMP

Centre de détention du Muret**ARS**

Docteur Marylène Fabre

DISP

Georges Vin, directeur interrégional DISP Toulouse

Etablissement pénitentiaire

Jean Christophe Le Dantec, chef d'établissement

Sophie Gonsollin, directrice de la détention

Philippe Blomme, attaché d'administration

Brigitte Aubry, adjointe administrative à l'économat

Sandrine Vigroux, responsable du BGD

SPIP

Stéphanie Lienard, DPIP, cheffe de l'antenne milieu fermé

Marie-ange Guerin, assistante de service social, chargée de la préparation à la sortie et à l'accès aux droits

Marc Hortala, conseiller d'insertion et de probation

UHSA

Catherine Pasquet, directrice de l'hôpital Marchant

Docteur Vazmy

Docteur Moncany

Françoise Audubert, cadre supérieure de santé

Karine Donnadiou, assistante administrative

Unité sanitaire

Somatique :

Docteur Stéphane Grille

Patrick Rigal-Couderc, cadre de santé

Psychiatrique :

Docteur Laurencin, médecin-chef du SMPR

Justice

Didier Trembleau, vice-président chargé de l'application des peines au TGI de Toulouse

Dominique Coquizart, vice-procureur chargé de l'exécution des peines

AUTRES PERSONNES AUDITIONNEES

Dr Sophie Baron-Laforet, psychiatre, responsable du SMPR au CD de Perpignan

Marie-Pierre Hourcade, conseillère à la chambre de l'application des peines de la Cour d'appel de Paris, chargée du suivi de la commission santé-justice

ANNEXE 1 : CONSTITUTION DU PANEL D'ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES VISITES PAR LA MISSION

Critères de la constitution du panel :

- Maison centrale, centre de détention, centre pénitentiaire, maison d'arrêt, établissement pour mineur (EPM) ; établissement spécialisé dans l'hébergement des détenus auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), établissement accueillant des femmes détenues ;
- Etablissement implanté en zone rurale présentant des caractéristiques « désert médical » et a contrario un établissement présentant une spécialisation sanitaire
- Etablissement repéré comme présentant des locaux d'unité sanitaire inadaptés (d'après les conclusions conjointes des deux enquêtes réalisées par la DGOS et la DAP en 2013) ;
- Etablissement avec SMPR et à contrario éloigné d'un SMPR
- Proximité UHSI et à contrario éloigné d'un UHSI ou d'un UHSA

	Le Mans	Mezrieu	Clairvaux	Villefranche-sur-Saône	Fleury-Merogis	EPSNF Fresnes	Muret	Nîmes	Arles	Lille-Sequedin	Nancy
Etablissement construit après 1980											
Etablissement construit avant 1980											
Etablissement pour Mineur											
Maison Centrale											
Maison d'Arrêt											
Centre de Détention											
Centre Pénitentiaire											
Femmes détenues											
AICS											
Zone Rurale											
Locaux USMP inadaptés											
Spécialisations Sanitaire											
Proximité UHSI/UHSA											
Eloignement UHSI/UHSA											
SMPR											
DISP	Rennes	Lyon	Dijon	Lyon	Paris	Paris	Toulouse	Toulouse	Marseille	Lille	Strasbourg

Fiche de Présentation du Centre de Détention de Muret	
Direction interrégionale	Toulouse
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel et du tribunal de grande instance (TGI) de Toulouse
Date d'ouverture	1966
Mode de Gestion	Gestion Publique
Capacité théorique d'accueil	657
Taux d'occupation au 01.01.15 (source DAP)	91 %
Nombre d'entrées par an en 2014 (rapport d'activité 2014)	147
Catégorie	Etablissement pour peine labellisé pour la prise en charge d'AICS (auteurs d'infraction à caractère sexuel)
Caractéristiques de la population pénale en 2014 (rapport d'activité 2014)	- 37.4 % d'AICS -21.8 % de peines correctionnelles contre 78% de peines criminelles - 53 % des personnes détenues se situent ans une fourchette d'âge entre 30 et 50 ans et 35 % sont âgés de plus de 50 ans
Durée moyenne de détention 2014 (rapport d'activité 2014)	4 ans
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de rattachement	SPIP de la Haute-Garonne - Antenne Muret
USMP	Muret
Centre Hospitalier de rattachement	C.H.U. de Toulouse
Distance entre le Centre Hospitalier et l'Etablissement Pénitentiaire	25 kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	Centre Hospitalier Gérard Marchant
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	Nombre d'ETP de médecins généralistes pourvus/ budgétés : 2,2/ 2,2 Nombre d'ETP de médecins spécialistes (hors Psy) pourvus : 0,4/0,4 Nombre d'ETP de psychiatres pourvus: 2,6/2,6
UHSI de Rattachement	Toulouse
UHSA de Rattachement	UHSA du CH Gérard Marchant (Toulouse)

Fiche de présentation de L'Établissement pour Mineurs du Rhône

Direction interrégionale	Lyon
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel et du tribunal de grande instance (TGI de Lyon).
Date d'ouverture	2007
Mode de Gestion	Gestion Déléguée
Capacité théorique d'accueil	60
Taux d'occupation au 01.01.15 (source DAP)	48,3 %
Nombre d'entrées en 2014 (rapport d'activité 2014)	170
Catégorie	<p>Cette structure est destinée à accueillir spécifiquement un public mineur. Elle répond à un double objectif : appliquer les décisions de justice et accompagner la réinsertion de la personne mineure en fonction de ses capacités et de ses besoins.</p> <p>L'EPM du Rhône est composé d'une zone d'hébergement constituée de sept unités de vie dont une réservée à l'accueil des arrivants, cinq bâtiments prévus pour les garçons et un bâtiment pour les jeunes filles comportant cinq cellules.</p>
Caractéristiques de la population pénale en 2014 (rapport d'activité 2014)	<p>L'EPM de Meyzieu accueille des personnes détenues mineures de 13 à 18 ans.</p> <p>87% des mineurs incarcérés à Meyzieu sont prévenus contre 13% de condamnés.</p> <p>18 détenues mineures ont été écrouées en 2014.</p> <p>Les procédures pour vols sont la première cause d'incarcération (56,47 %), suivies par les violences volontaires (15,8 %).</p>
Durée moyenne de détention 2014 (rapport d'activité 2014)	76 jours
Direction de rattachement du Service Éducatif	Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse du Rhône
USMP	EPM du Rhône
Centre Hospitalier de rattachement	Hospices Civils de Lyon
Distance entre le CH et l'EP	28 Kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	C.H. Le Vinatier
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	<p>Nombre d'ETP de médecin généraliste pourvus/budgétés : 0,4/0,4</p> <p>Nombre d'ETP de psychiatre pourvus/budgétés : 0,5 /0,5</p>
UHSI de Rattachement	UHSI de Lyon
UHSA de Rattachement	UHSA Simone Veil

Fiche de présentation de l'EPSNF de Fresnes	
Direction interrégionale	Paris
Mode de Gestion	Double tutelle du ministère de la justice et de la santé
Capacité théorique d'accueil	<p>Le service de médecine présente une capacité de 16 lits assurant des activités à visées diagnostiques et thérapeutiques (dont la prise en charge des personnes présentant une tuberculose)</p> <ul style="list-style-type: none"> - le service de soins de suite et de réadaptation (SSR, une capacité de 40 lits permettant la dispensation de soins de réadaptation orthopédique et neurologique ; - le service de soins de suite polyvalent comporte 24 lits permettant la prise en charge de personnes présentant des pathologies chroniques et justifiant une hospitalisation prolongée à visée thérapeutique ou préventive.
Taux d'occupation en 2014 (source DAP)	80 %
Catégorie	<p>L'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF) est un établissement public de santé national destiné à ne recevoir que les personnes détenues. Il est soumis à la tutelle des ministères de la Justice et des affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes (tutelle de la santé déléguée depuis 2012 à l'ARS Ile-de-France). L'établissement dispose de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Depuis l'arrêté du 24 août 2000 et la création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), l'EPSNF fait partie intégrante de l'UHSI francilienne.</p> <p>Il est composé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un service de médecine - d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) - d'un service de soins de suite polyvalent - d'un service de consultations - d'un service d'imagerie médicale - d'une pharmacie
Durée moyenne de séjour en 2014 (source DAP)	38 jours
Nombre de médecins en 2014 (source DAP)	Le personnel pénitentiaire compte 140 agents. La structure dispose par ailleurs de 146 ETP de personnel hospitalier non médical et de 14 ETP de médecins.

Fiche de présentation de la Maison d'Arrêt du Mans-les-Croisettes

Direction interrégionale	Rennes
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel d'Angers et du tribunal de grande instance (TGI) du Mans
Date d'ouverture	2010
Mode de Gestion	Gestion Déléguée
Capacité théorique d'accueil	399
Taux d'occupation au 01.01.15 (source DAP)	110,5 %
Nombre d'entrées par an en 2014 (rapport d'activité 2014)	954
Catégorie	2 quartiers maison d'arrêt hommes majeurs de 150 et 181 places - 5 cellules pour personnes à mobilité réduite permettent une prise en charge des détenus à mobilité réduite ; Un quartier de semi-liberté de 40 places (situé à l'extérieur du mur d'enceinte); Un quartier arrivants de 30 places.
Caractéristiques de la population pénale (rapport d'activité 2014)	72,7 % de condamnés au 31/12/2014 contre 27,3 % de prévenus 73,1 % des personnes détenues sont âgées de moins de 40 ans Les condamnations pour violence sont la première cause d'incarcération (34,3 %), suivies des infractions à la législation des stupéfiants (15,7 %) et du proxénétisme (15,4 %).
Durée moyenne de détention (rapport d'activité 2014)	4 mois et 12 jours
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de rattachement	SPIP de la Sarthe
USMP	Le Mans-les-croisettes
Centre Hospitalier de rattachement	C.H. du Mans
Distance entre le Centre Hospitalier et l'Etablissement Pénitentiaire	7 kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	C.H.S. de la Sarthe
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	Nombre d'ETP de médecins généralistes pourvus/ budgétés : 1,5/1,5 Nombre d'ETP de médecins spécialistes (hors Psy) : 0,14/0,14 Nombre d'ETP de psychiatres : 0,8/2,2
UHSI de Rattachement	UHSI de Rennes
UHSA de Rattachement	UHSA du CH Guillaume Régnier

Fiche de présentation de la Maison d'Arrêt de Lille-Sequedin	
Direction interrégionale	Lille
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel de Douai et le tribunal de grande instance (TGI) de Lille
Date d'ouverture	2005
Mode de Gestion	Gestion déléguée
Capacité théorique d'accueil	677
Taux d'occupation au 01.01.15 (source DAP)	145,9 %
Nombre d'entrées par an en 2014 (rapport d'activité 2014)	2.850
Catégorie	<ul style="list-style-type: none"> -Un quartier Maison d'Arrêt Homme de 420 places ; -Un quartier Maison d'Arrêt femme de 149 places ; -Un Quartier de semi-liberté situé à Haubourdin, de 60 places -Un Centre National d'Evaluation de 33 places -Un quartier arrivants de 15 places
Caractéristiques de la population pénale 2014 (rapport d'activité 2014)	<p>80 % de condamnés au 31/12/2014 contre 20 % de prévenus</p> <p>73,1 % des personnes détenues sont âgées de moins de 40 ans</p> <p>Les condamnations pour violence sont la première cause d'incarcération (35 %), suivies des vols qualifiés (23%) et des escroqueries (6 %).</p>
Durée moyenne de détention en 2014 (rapport d'activité 2014)	4 mois et 24 jours
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de rattachement	SPIP du Nord antenne de Lille-Sequedin
USMP	Lille-Sequedin
Centre Hospitalier de rattachement	CHRU de Lille
Distance entre le Centre Hospitalier et l'Etablissement Pénitentiaire	8 kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	C.H.R.U. de Lille
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	<p>Nombre d'ETP de médecins généralistes pourvus/budgétés : 3,3/3,6</p> <p>Nombre d'ETP de médecins spécialistes (hors Psy) pourvus/ budgétés : 0,2/0,2</p> <p>Nombre d'ETP de psychiatres pourvus/budgétés : 3,5/4,8</p>
UHSI de Rattachement	Lille
UHSA de Rattachement	UHSA Lille SECLIN

Fiche de présentation Maison d'Arrêt des hommes de Fleury-Mérogis

Direction interrégionale	Paris
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel et du tribunal de grande instance (TGI) d'Evry
Date d'ouverture	1968
Mode de Gestion	Gestion déléguée
Capacité théorique d'accueil	2604
Taux d'occupation au 01.01.15 (source DAP)	159.1 %
Nombre d'entrées par an en 2014 (rapport d'activité 2014)	8643
Catégorie	Maison d'arrêt hommes (MAH) majeurs
Caractéristiques de la population pénale en 2014 (rapport d'activité 2014)	78,9 % des personnes détenues ont moins de 40 ans Les procédures pour vols sont la première cause d'incarcération (27,1 %), suivies par les infractions à la législation des stupéfiants (24,8 %) et les faits de violences (15,7 %). 43.6 % de prévenus. 56.3 % de condamnés
Durée moyenne de détention en 2014 (rapport d'activité 2014)	4 mois
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de rattachement	SPIP de l'Essonne : Antenne Fleury-Mérogis
USMP	Fleury-Mérogis
Centre Hospitalier de rattachement	Centre Hospitalier Sud-Francilien
Distance entre le Centre Hospitalier et l'Etablissement Pénitentiaire	11 kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	C.H. Sud Francilien
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	Nombre d'ETP de médecins généralistes pourvus/ budgétés : 13,3/16 Nombre d'ETP de médecins spécialistes pourvus/ budgétés : 1,7 /2 Nombre d'ETP de psychiatres pourvus/ budgétés : 5 /8,6
UHSI de Rattachement	UHSI Pitié-Salpêtrière
UHSA de Rattachement	UHSA Paul Verlaine/ Groupe Hospitalier Paul Guiraud

Fiche de présentation de la Maison d'Arrêt de Nîmes	
Direction interrégionale	Toulouse
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel et du tribunal de grande instance (TGI) de Nîmes
Date d'ouverture	1974
Mode de gestion	Gestion Publique
Capacité théorique d'accueil	192
Taux d'occupation au 01.01.15 (source DAP)	181,8 %
Nombre d'entrées par an en 2014 (rapport d'activité 2014)	1257
Catégorie	<p>Maison d'Arrêt présentant plusieurs secteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • quartier arrivants : 9 cellules • quartier adultes hommes majeurs : 126 cellules • quartier femmes : 20 cellules • quartier de semi-liberté : 20 cellules
Caractéristiques de la population pénale en 2014 (rapport d'activité 2014)	<p>52 % de condamnés au 31/12/2014 contre 48 % de prévenus</p> <p>32 % des personnes détenues sont âgées de moins de 40 ans</p> <p>Les condamnations pour violence sont la première cause d'incarcération (25 %), suivies par les infractions à la législation des stupéfiants (20,5 %) et viols et agressions sexuelles (12,7 %)</p>
Durée moyenne de détention 2014 (rapport d'activité 2014)	4, 5 mois
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de rattachement	SPIP Gard-Lozère
USMP	MA Nîmes
Centre Hospitalier de rattachement	C.H.U. de Nîmes
Distance entre le Centre Hospitalier et l'Etablissement Pénitentiaire	7 kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	C.H. Le Mas Careiron
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	<p>Nombre d'ETP de médecins généralistes pourvus/ budgétés : 1,1/1,4</p> <p>Nombre d'ETP de médecins spécialistes (hors Psy) pourvus/ budgétés : 0,47 /0,6</p> <p>Nombre d'ETP de psychiatres pourvus/ budgétés : 1,2/1,2</p>
UHSI de Rattachement	UHSI Toulouse
UHSA de Rattachement	UHSA du centre Hospitalier Gérard Marchant (Toulouse)

Fiche de présentation de la Maison Centrale d'Arles

Direction interrégionale	Marseille
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel d'Aix-en-Provence et du TGI de Tarascon
Date d'ouverture	1991. Suite aux inondations de 2003, elle a été évacuée puis fermée durant 6 ans afin d'être rénovée. La maison centrale a rouvert le 6 octobre 2009
Mode de Gestion	Gestion Déléguée
Capacité théorique d'accueil	160
Taux d'occupation au 01.01.15 (source DAP)	82,8 %
Nombre d'entrées par an en 2014 (rapport d'activité 2014)	27
Catégorie	La maison centrale d'Arles est un établissement pénitentiaire sécuritaire.
Caractéristiques de la population pénale (rapport d'activité 2014)	<p>54 % des personnes détenues à Arles sont condamnées pour homicides volontaires et assassinats. Les condamnations à des peines criminelles sont les plus nombreuses (78 %).</p> <p>28 personnes détenues écrouées à la maison centrale ne sont condamnées qu'à des peines correctionnelles, soit 22 %. La population incarcérée à Arles est plus âgée que la moyenne nationale des personnes détenues : 57 % de la population pénale ont plus de 40 ans, alors que l'âge médian des personnes incarcérées est de 34,6 ans.</p>
Durée moyenne de détention (rapport d'activité 2014)	47 % des détenus sont incarcérés depuis plus de 3 ans à la Maison Centrale d'Arles
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de rattachement	SPIP des Bouches-du-Rhône Antenne Arles/Tarascon
USMP	Maison Centrale d'Arles
Centre Hospitalier de rattachement	C.H. Joseph Imbert
Distance entre le Centre Hospitalier et EP	7 kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	C.H. de Montfavet
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	<p>Nombre d'ETP de médecins généralistes pourvus/ budgétés : 0,8 /0,8</p> <p>Nombre d'ETP de médecins spécialistes pourvus/ budgétés (hors Psy) : 0,1 /0,3</p> <p>Nombre d'ETP de psychiatres pourvus/ budgétés 0,1/0,4</p>
UHSI de Rattachement	UHSI de Marseille
UHSA de Rattachement	Néant

Fiche de présentation de la Maison Centrale de Clairvaux

Direction interrégionale	Dijon
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel de Reims et du tribunal de grande instance (TGI) de Troyes
Date d'ouverture	1808
Mode de Gestion	Gestion publique
Capacité théorique d'accueil	198
Taux d'occupation au 01.01.15 (source DAP)	66,7 %
Nombre d'entrées par an en 2014 (rapport d'activité 2014)	70
Catégorie	La maison centrale de Clairvaux est un établissement pénitentiaire sécuritaire. C'est la raison pour laquelle les personnes affectées sont exclusivement des condamnés à de longues peines.
Caractéristiques de la population pénale 2014 (rapport d'activité 2014)	Moyenne d'âge 39,6 ans 66,4 % sont condamnés à une peine supérieure à 15 ans et 30,8 % à une peine supérieure allant de 10 à 15 ans. Les condamnations pour meurtre et assassinat sont la première cause d'incarcération (41 %), suivies par les condamnations pour violences (33,5 %).
Durée moyenne de détention en 2014 (rapport d'activité 2014)	Chiffre indisponible
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de rattachement	SPIP Aube & Haute-Marne /Antenne Clairvaux
USMP	Clairvaux
Centre Hospitalier de rattachement	C.H. Troyes
Distance entre le Centre Hospitalier et l'Etablissement Pénitentiaire	65 Kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	EPSM de l'Aube
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	Nombre d'ETP de médecins généralistes pourvus/ budgétés : 0,4 /0,4 Nombre d'ETP de médecins spécialistes pourvus/ budgétés : 0 Nombre d'ETP de médecins psychiatres pourvus/ budgétés : 0,4/0,4
UHSI de Rattachement	UHSI Nancy
UHSA de Rattachement	UHSA Nancy

Fiche de présentation du Centre Pénitentiaire de Nancy-Maxeville

Direction interrégionale	Strasbourg
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel et du tribunal de grande instance (TGI) de Nancy
Date d'ouverture	2009
Mode de Gestion	Gestion Déléguée
Capacité théorique d'accueil	693
Taux d'occupation 2014 (source rapport d'activité 2014)	Le centre pénitentiaire de Nancy présente un taux d'occupation de 121,3 % mais la maison d'arrêt représente à elle seule les deux-tiers de la détention avec un taux d'occupation moyen à plus de 136 %.
Nombre d'entrées par an en 2014 (rapport d'activité 2014)	1.826
Catégorie	Un quartier Maison d'Arrêt homme de 393 places ; Un quartier Maison d'Arrêt femme de 30 places ; Un Quartier Centre de détention de 240 places Un quartier arrivant de 30 places.
Caractéristiques de la population pénale (rapport d'activité 2014)	La population pénale du centre pénitentiaire de Nancy est composée à 66 % de personnes détenues condamnées et de 33 % de personnes prévenues. Les principaux motifs d'incarcération sont les violences aux personnes (24 %), les vols (17 %), les infractions à la législation sur les stupéfiants (15 %) et les infractions à caractère sexuel (8 %). 74,8 % des personnes incarcérées sont âgées de moins de 40 ans.
Durée moyenne de détention	Chiffre indisponible
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de rattachement	SPIP de Meurthe-et-Moselle
USMP	Nancy
Centre Hospitalier de rattachement	C.H.U. DE Nancy-Pinard
Distance entre le Centre Hospitalier et l'Etablissement Pénitentiaire	6 kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	Centre Psychothérapique de Nancy
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	Nombre d'ETP de médecins généralistes pourvus/ budgétés : 2 /2 Nombre d'ETP de médecins spécialistes (hors Psy) pourvus/ budgétés : 0,45 /0,45 Nombre d'ETP de psychiatres pourvus/budgétés : 2/2
UHSI de Rattachement	UHSI de Nancy
UHSA de Rattachement	UHSA Nancy Laxou

Fiche de présentation de la Maison d'Arrêt de Villefranche-sur-Saône

Direction interrégionale	Lyon
Juridiction de rattachement	L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel de Lyon et du tribunal de grande instance (TGI) de Villefranche-sur-Saône
Date d'ouverture	1990
Mode de Gestion	Gestion Déléguée
Capacité théorique d'accueil (source DAP)	634
Taux d'occupation au 01.01.15 (source DAP)	100,8 %
Nombre d'entrées par an en 2014 (rapport d'activité 2014)	1.129
Catégorie	Un quartier hommes majeurs de 564 places Un quartier arrivant de 30 places Un quartier de semi-liberté de 40 places.
Caractéristiques de la population pénale 2014 (rapport d'activité 2014)	<p>80 % de condamnés au 31/12/2014 contre 20 % de prévenus</p> <p>78 % des personnes détenues sont âgées de moins de 40 ans</p> <p>Les condamnations pour violence sont la première cause d'incarcération (35 %), suivies des vols qualifiés (23 % et des escroqueries (6 %).</p>
Durée moyenne de détention en 2014 (rapport d'activité 2014)	7 mois 20 jours
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de rattachement	SPIP du Rhône. Antenne Villefranche-sur-Saône
USMP	Villefranche sur Saône
Centre Hospitalier de rattachement	CH VILLEFRANCHE-SUR-SAONE
Distance entre le Centre Hospitalier et l'Etablissement Pénitentiaire	2 kilomètres
Etablissement Psychiatrique de rattachement	C.H. de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
Nombre de médecins (source OSSD 2013)	<p>Nombre d'ETP de médecins généralistes pourvus/ budgétés : 1,7/1,7</p> <p>Nombre d'ETP de médecins spécialistes (hors Psy) pourvus/ budgétés : 0,4 /0,4</p> <p>Nombre d'ETP de psychiatres pourvus/ budgétés : 2/2</p>
UHSI de Rattachement	UHSI des Hospices Civils de Lyon
UHSA de Rattachement	UHSA des Hospices civils de Lyon

ANNEXE 2 :

RECAPITULATIF DES ACTIONS DU PLAN 2010-2014

[547] Pour le détail des actions, voir le lien :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

Actions	Pilote	Copilotes	Partenaires
1.1 Définir un corpus commun de données pour un dispositif de surveillance de la santé des détenus	InVS		DGS, DGOS, ASIP santé, DAP, DPJJ
1.2 Mettre en place un observatoire des structures de santé des personnes détenues	DGOS	DGS	DREES, ATIH, InVS, INPES, DAP, ASIP santé
1.3 Améliorer la qualité des données sur le phénomène suicidaire en milieu carcéral	DGS	InVS	DAP
2.1 Réaliser une enquête sur la prévalence de l'infection à VIH, de l'hépatite C, et des traitements de substitution	DGS-In VS		DAP-DGOS
3.1 Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions	DGS		DGOS, ARS, InVS, DAP, PJJ
4.1 Caractériser les difficultés d'application de la politique de réduction des risques pour en optimiser la mise en œuvre	DGS	DGOS, DAP	DAP, MILDT, ARS, COREVIH, DPJJ
5.1 Réaliser un état des lieux des actions d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire	INPES	DAP	DGS, DGOS
5.2 Elaborer un référentiel d'intervention en éducation pour la santé et promotion de la santé en milieu pénitentiaire	INPES		DGS, DGOS, DAP
5.3 Favoriser les échanges de pratiques de prévention, d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire	INPES		DGS, DGOS, DAP
5.4 Soutenir le développement de programmes d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire au travers d'expériences pilotes	INPES		DGS, DGOS, DAP
5.5 Développer et adapter des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (dont IST) pour les personnes mineures détenues	DGS, DPJJ	DGOS, INPES, DAP, ARS, INSERM	PJJ, UCSA, associations

5.6 Réduire et prévenir les risques infectieux liés à certaines activités et pratiques (coiffure, tatouage/piercing)	DGS, DGOS		DAP, INPES, ARS, COREVIH, INSERM, acteurs locaux
5.7 Améliorer auprès des personnes détenues la prévention des risques liés à la sexualité et réunir les conditions du maintien d'une vie affective et sexuelle	DGS, DGOS		DAP, INPES, ARS, COREVIH, INSERM, acteurs locaux
5.8 Soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida	DGS	DGOS	DAP, ARS, COREVIH, DPJJ
6.1 Améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention	DGS, DGOS		InVS, UCSA, Centre hospitalier de rattachement, CDAG, COREVIH
6.2 Améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention	DGS		DGS, DGOS
7.1 S'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure corrective	DGS		DGOS, DAP
7.2 Améliorer l'équipement des cabinets dentaires	DGS		DGOS, DAP, ARS
8.1 Evaluer le dispositif d'offre de soins hospitaliers et définir les évolutions nécessaires.	DGOS		ATIH, DAP
9.1 Améliorer l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre de soins graduée	DGOS		DGS, DAP
9.2 Accompagner et évaluer la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de la première tranche de construction	DGOS		DAP
9.3 Préparer et accompagner la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de la seconde tranche de construction	DGOS		DAP
10.1 Donner des éléments de cadrage sur l'organisation des locaux et des équipements des UCSA/SMPR	DGOS	DAP	ARS, DISP
10.2 Doter les unités de soins, de consultations et de soins ambulatoires et hospitaliers, des outils informatiques nécessaires à la production de soins et à la collecte d'informations	DGOS		ASIP
10.3 Mettre en place un plan de développement de la télémédecine	DGOS		ASIP

10.4 Evaluer et réadapter les modalités financières de prise en charge des soins aux personnes détenues	DGOS		DSS, DAP, DGS
11.1 Conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisée pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) – (activité, financière...)	DGOS		DAP
12.1 Améliorer la coordination et l'articulation entre les différents intervenants concernés par la prise en charge des personnes détenues présentant un problème d'addiction	DGOS (R4) et DGS (MC2)		DAP et professionnels de terrain
12.2 Proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne et développer les traitements de substitution à tous les établissements	DGS		DGOS, CSAPA, DA
13.1 Mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie	DGS	DGCS, DGOS, DSS	
13.2 Organiser un dispositif d'accompagnement et développer des outils et des dispositifs pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison	DGS, DGOS, DGSS, DSS		DAP, DPJJ
14.1 Clarifier les modalités d'accès aux soins de ville (couverture e base et couverture complémentaire) des personnes en aménagement de peine)	DSS		DHOS, DAP, CNAMTS
14.2 Prévenir le risque de rupture de droit à la sortie de prison en rendant possible le maintien d'affiliation à la caisse de rattachement de l'établissement pénitentiaire pendant un an	DSS		DHOS, DAP, CNAMTS, DPJJ
14.3 Prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison s'assurant de la continuité de la perception des droits sociaux relevant des conseils généraux (AAH, APA, PCH, RSA)	DSS/DGCS	DAP, DSS	Conseils généraux
15.1 Elaborer une convention cadre entre les établissements pénitentiaires et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de rattachement afin d'améliorer l'effectivité des droits des personnes détenues	DSS		DGOS, DAP, CNAMTS, DPJJ

16.1 Intégrer la problématique dans le cadre de la formation initiale des professionnels de santé concernés (médecins, paramédicaux, dentistes, etc.)	DGOS (SDRH)		Conférences des doyens des facultés de médecine, pharmacie, dentaire La direction générale de l'enseignement supérieur au ministère
16.2 Mettre en place des formations d'adaptation à l'emploi et développer un plan de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles	DGOS		DGS, INPES, ENAP, EHESP
16.3 Améliorer la formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle	DGOS		DGS, INPES, EHESP, ENAP, DPJJ
17.1 Promouvoir auprès des associations intervenant en prison une démarche qualité	INPES, DGS		DAP, DGOS
18.1 Expertiser les recommandations des rapports d'inspection prévoir les modalités de mise en œuvre des recommandations	Santé (DGS/DGOS)		DAP

ANNEXE 3 : L'ATTESTATION DELIVREE PAR LES MEDECINS DANS LE CADRE DE L'INCITATION AUX SOINS EN DETENTION

- [1] L'article 7 de la loi de programmation n° 2012-409 du 27 mars 2012 relative à l'exécution des peines a modifié l'article 717-1 du Code de procédure pénale afin d'inciter plus fortement les condamnés pour des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru, à suivre de manière régulière des soins en détention, et vise à améliorer le contrôle de ce suivi par le juge de l'application des peines (JAP).
- [2] Dès lors que des soins ont été proposés au condamné par le JAP, l'octroi de réductions de peine supplémentaires ou d'une libération conditionnelle est subordonné à l'acceptation du traitement proposé et à son suivi régulier.
- [3] La loi prévoit que le médecin traitant délivre au condamné détenu, au moins une fois par trimestre, une attestation indiquant s'il suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le JAP, à charge pour le condamné de remettre cette attestation à ce magistrat.
- [4] Or, cette loi donne parfois lieu à des incompréhensions mutuelles.
- [5] Certains JAP estiment que l'information sur l'existence d'un suivi régulier est insuffisamment qualitative pour savoir si l'intéressé a engagé une véritable démarche de soins ou s'il se contente de se rendre aux consultations pour obtenir des réductions de peine. Plusieurs magistrats ont notamment fait valoir qu'ils ignorent si les praticiens abordent avec le condamné les causes du passage à l'acte ayant entraîné l'incarcération et entament avec ce dernier un travail destiné à éviter la récidive.
- [6] Certains médecins considèrent, quant à eux, qu'ils s'inscrivent dans une démarche exclusive de soins, qui n'a pas nécessairement de visée criminologique et qu'on ne peut, en tout état de cause juger de la pertinence d'un suivi à sa régularité, la prise en charge pouvant admettre des périodes utiles d'interruptions. Ils estiment dès lors que porter un jugement sur l'assiduité du suivi, même positif et à la demande de la personne détenue, équivaut à trahir la relation de confiance avec leur patient. Le secret médical en effet, pierre angulaire de l'éthique médicale, vise à protéger la relation singulière entre un soignant et un patient donné. Dans cette logique, les médecins traitants considèrent qu'à la différence des médecins-experts désignés par le juge, ils n'ont aucune information à transmettre à l'institution judiciaire. Cette position a été réaffirmée à la mission par l'APSEP.
- [7] Pour autant, dans certains sites visités par la mission, un travail de concertation a pu être engagé entre les autorités judiciaires et les professionnels de santé sur le partage de l'information et sur le contenu de cette attestation.
- [8] Dans certains cas, médecins psychiatres et JAP indiquent s'être concertés sur l'utilisation d'expressions codifiées (« prise en charge médicale », « suivi médical ») visant à éclairer le juge sur l'investissement du condamné dans la thérapie, ce qui révèle les limites du principe de l'attestation.

ANNEXE 4 : L’AFFILIATION DES PERSONNES DETENUES : UNE AFFILIATION CONÇUE SUR UN MODELE UNIQUE

Le cadre général

- [1] L'article L.381-30 du Code de la sécurité sociale prévoit l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général à compter de la date de mise sous écrou « *quelle que soit la situation au regard de l'assurance maladie dont elles relevaient à titre personnel ou en qualité d'ayant droit avant leur incarcération.* ».
- [2] Le guide méthodologique 2012 s'est efforcé de baliser le circuit de cette affiliation qui exige l'intervention de plusieurs acteurs et ce, en principe, dans des délais très contraints :
- L'envoi dans les 5 jours ouvrés d'une « fiche de renseignements » (dite « fiche-navette »¹⁷⁵) par le greffe de l'établissement pénitentiaire d'accueil à la CPAM territorialement compétente, comportant des éléments d'état-civil, tels que contenus dans la fiche pénale avec des informations au regard du droit au séjour, de la situation familiale, de la couverture sociale avant l'incarcération et éventuellement du droit à la CMU-C ;
 - Au vu de ces éléments, et au vu de ceux obtenus de la CPAM cédante, la caisse du ressort de l'établissement pénitentiaire établit les droits de la personne détenue et en informe le greffe de l'établissement pénitentiaire qui transmet l'information à l'USMP (volet « soins somatiques » et volet « soins psychiatriques ») ;
 - La CPAM cédante communique l'historique médical de l'assuré au service du contrôle médical de la caisse prenante ;
 - Au terme de ces différentes étapes, les droits au régime général sont reportés sur la Carte Vitale à l'occasion de sa mise à jour (à défaut, une attestation papier est établie). Les cartes Vitale sont gardées au greffe et remises à la personne détenue à chacune de ses sorties.
- [3] Ainsi décrite, la gestion de la procédure d'affiliation demande des moyens en temps et en personnel, tant dans les établissements pénitentiaires que dans les CPAM, et suppose une organisation précise des échanges d'informations entre l'administration pénitentiaire et les CPAM.

La prise en compte des cas particuliers les plus fréquents

- [4] Le guide méthodologique, dans sa version de 2012, décrit les processus de gestion des situations particulières qui peuvent se présenter en détention et qui ne sont pas des cas rares :
- La personne ne donne pas son identité : l'affiliation a lieu sous le nom retenu dans la procédure pénale. Si la personne est en situation irrégulière, un numéro d'immatriculation provisoire lui est attribué. Dans les deux cas, aucune carte Vitale ne peut être donnée et seule une attestation papier est éditée ;
 - Quand l'incarcération est de très courte durée et que des soins ont été donnés, la CPAM du ressort de l'établissement qui n'a pas encore pu affilier la personne détenue doit se

¹⁷⁵ Fiche de renseignements dite « fiche-navette » à la signature du chef de l'EP (ou son représentant). Elle vise à signaler à la CPAM un changement de situation : transfert d'EP, aménagement de peine (activité professionnelle, adresse personnelle), levée d'écrou (date et adresse à la libération).

rapprocher de la caisse d'affiliation de la personne pour régler rétroactivement les frais de santé.

- [5] Pour améliorer la situation des personnes détenues en aménagement de peine qui, non incarcérées, bénéficient de soins de ville, le Plan 2010-2014 prévoit la mise en place d'un même circuit de prise en charge du tiers-payant pour le secteur de ville que pour le secteur hospitalier, à compter du 1^{er} janvier 2016 (action 14.1 « clarifier les modalités d'accès aux soins de ville - couverture de base et complémentaire- des personnes en aménagement de peine »). A cet effet, les articles L.381-30 et suivants du CSS ont été modifiés par les LFSS pour 2013, puis 2015 : « les personnes en aménagement de peine sont affiliées au régime général », L.381-30-1 : « dispense d'avance de frais », L.380-30-5 : « financement État sur le ticket modérateur ». L'enjeu est désormais de pouvoir traduire dans les faits ces textes avec la CNAM, notamment les conséquences en termes de systèmes d'information (code « régime détenus ») et de définir une convention financière avec la DAP.

Des procédures pour prendre en compte les changements de situation de la personne détenue

- [6] Selon la réglementation en vigueur, tout changement de situation qui a une incidence sur l'affiliation doit être signalé à la CPAM par l'administration pénitentiaire dans un délai de 5 jours ouvrés. L'administration pénitentiaire doit donc mettre à jour la fiche de renseignements en cas :
- de placement en centre national d'évaluation (CNE) ;
 - de transfert d'établissement pénitentiaire, s'il est définitif ou supérieur à 40 jours, en indiquant le lieu de destination ;
 - d'aménagement de peine, en précisant si la personne exerce ou non une activité professionnelle ou si elle suit une formation professionnelle qui ouvre droit à un régime obligatoire d'assurance maladie ;
 - de suspension de peine ou de libération conditionnelle, en indiquant l'adresse de la personne ;
 - en cas d'hospitalisation dans un autre département pour une durée supérieure à 40 jours, la caisse d'affiliation de l'établissement d'origine et celle de la caisse du lieu de l'hospitalisation doivent être informées.

LE SUIVI DE L'ENSEMBLE DE CES FORMALITES DEMANDE UN TEMPS ADMINISTRATIF IMPORTANT

- [7] La mise en œuvre de l'affiliation à la CPAM du lieu de détention pour chaque détenu génère donc au moment de la mise sous écrou, et au fil des changements de situation pendant l'incarcération, des formalités administratives qui demandent une organisation précise des relations entre l'établissement pénitentiaire et la CPAM, et secondairement avec l'USMP.

Des moyens limités face à ces tâches administratives répétitives

- [8] Ces tâches de recueil, de saisie et de suivi des données individuelles mobilisent du personnel administratif dans les greffes des établissements pénitentiaires et dans les CPAM, d'autant plus qu'elles sont encore inégalement et faiblement dématérialisées et qu'elles ne peuvent être réalisées dossier par dossier qu'avec du personnel formé et disponible. A titre d'exemple, à la CPAM Rouen-Elbeuf-Dieppe, le traitement des dossiers des personnes détenues représente 1 ETP.

- [9] Seule la question de la demande des protocoles ALD ressort du domaine de compétence des USMP mais elle demande, ici encore, une bonne coordination avec le médecin-conseil de la CPAM cédante.
- [10] Selon les problématiques des personnes détenues, les services de la CPAM compétents peuvent être le département clientèle, celui de la gestion des bénéficiaires (GDB), ou le département remboursement des soins. La signature d'une convention tripartite est prévue pour mettre en œuvre et faciliter les relations entre l'établissement pénitentiaire, l'établissement de santé et la CPAM mais les conventions ne sont pas, à l'heure actuelle, toutes actualisées ou bien sont inégalement appliquées.
- [11] De plus, outre la fiche-navette, une fiche « droits sociaux » est éventuellement transmise par l'établissement pénitentiaire pour assurer la continuité des couvertures complémentaires (ACS/CMU-C...). Toutefois, la réorientation des missions des SPIP vers la prévention de la récidive limite la disponibilité effective des CPIP effectuer pleinement ce suivi de l'affiliation et des droits sociaux des personnes détenues.
- [12] Dans le cadre du renforcement des effectifs des SPIP (+ 400 ETP en 2014 ; + 300 ETP en 2015) dans le but d'améliorer l'individualisation des peines et l'efficacité de la sanction pénale, il est également prévu le recrutement de 65 ASS d'ici à 2017. Conformément à leur fiche de poste, ces derniers devront « *contribuer à la prise en compte de la dimension sociale et familiale dans l'action d'insertion des personnes placées sous main de justice et plus particulièrement des personnes détenues* ». En pratique, ils seront dédiés à des fonctions d'organisation et de renforcement des partenariats locaux davantage qu'à des fonctions de face à face avec les personnes détenues. La question de savoir qui doit remplir les dossiers de demandes des personnes détenues perdurera donc.

Des problèmes d'affiliation récurrents

- [13] Les ARS n'étant pas signataires des conventions tripartites CPAM/ établissement pénitentiaire /CH, leurs référents « santé des personnes détenues » peuvent être plutôt en retrait mais le questionnaire adressé par la mission montre qu'ils retiennent les questions d'affiliation parmi les principales difficultés à résoudre (retrait des SPIP, situations très disparates, conventions non signées...).
- [14] Les référents santé des DISP font part des mêmes difficultés, notamment depuis le recentrage des activités des SPIP. Sont évoquées les lourdeurs des échanges d'information avec les CPAM, celles en particulier avec les caisses cédantes sur les changements de domiciliation initiale et de détention, les pertes de confiance entre les acteurs qui compliquent les contacts quotidiens. Selon eux, Genesis devrait pouvoir faciliter les échanges d'information sur la situation des personnes détenues et donc les immatriculations, mais dans un délai de deux à trois ans.

Bonne pratique à Rennes :

L'utilisation avec l'accord du greffe de l'établissement pénitentiaire de la base Atlas permet une immatriculation dans la journée en mettant fin aux déclarations manuelles.

- [15] Les problèmes qui se posent en ce qui concerne l'affiliation des personnes détenues dans le cadre réglementaire actuel sont bien identifiés tant par l'administration pénitentiaire que les CPAM¹⁷⁶ :
- l'attestation d'affiliation n'est pas envoyée au greffe de l'établissement pénitentiaire, ce qui bloque les remboursements du CH ;

¹⁷⁶ La mission a interrogé les référents DISP par voie de questionnaire et pris connaissance de comptes rendus de réunion de comités de pilotage CPAM-EP en Normandie (années 2012-2014).

- « la liste des personnes sans NIR s'allonge », « Le NIR demande 6 semaines de délai si la traduction de l'extrait de l'acte de naissance demande un traducteur assermenté » ;
- « certaines CPAM réceptionnent des maisons d'arrêt les fiches navettes dématérialisées via l'application ATLAS ou CEGID, mais la convention stipule bien qu'il faut une fiche papier. » ;
- « impossible de remplir les fiches navette pour les détenus PSE. Il manque souvent l'adresse et la date de la pose du bracelet. Or ces données sont obligatoires. » ;
- « les fiches-navettes ne sont pas remplies complètement, il manque des adresses en cas de levée d'écrou (d'où ruptures de droits accès aux soins, à la CMU-C, remboursement des soins de la famille) ou la date d'incarcération ».

[16] Outre la lourdeur des formalités, les origines des dysfonctionnements, telles qu'analysées par les acteurs, tiennent souvent aux changements, voire à l'absence, de titulaires sur les postes : « Mme X est absente, elle n'est pas remplacée. Par conséquent, les attestations (années n-1 et n) ne sont pas envoyées en ce moment. » ; au temps qu'il faut pour redynamiser les partenariats après chaque changement : les échanges de noms, sigles, adresses mail et diverses autres coordonnées des référents des différents services exigent des mises à jour d'une grande régularité compte tenu de l'importance des contacts directs pour résoudre au mieux les difficultés ; aux informations administratives manquantes qu'il faut trouver ou retrouver pour débloquer le dossier.

LA COUVERTURE SOCIALE DES PERSONNES DETENUES

La couverture sociale personnelle des détenus est limitée

- [17] La couverture sociale des personnes détenues se limite aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, c'est-à-dire au remboursement des soins et à la prise en charge des frais liés à l'accouchement.
- [18] Les personnes détenues n'ont pas en propre de couverture complémentaire de droit commun¹⁷⁷. Sauf dans les cas où les textes prévoient une prise en charge à 100 % de la prestation par l'assurance maladie (ALD ou maternité), le ticket modérateur (TM) et le forfait journalier hospitalier (FJH) sont dus par l'administration pénitentiaire.
- [19] En outre, si la personne détenue bénéficie de la CMU-C, dans les limites fixées par arrêté, les dépassements pour optiques, prothèses dentaires, auditives et dispositifs médicaux à usage individuel (fauteuil roulant) sont pris en charge (article L.861-3 du CSS). Mais la CMU-C¹⁷⁸ ne prend pas en charge le TM et le FJH qui sont payés par l'administration pénitentiaire.
- [20] Si la personne bénéficiait avant son incarcération de la CMU-C, la caisse primaire d'affiliation du lieu de détention en est informée et il est rappelé au bénéficiaire qu'il devra reformuler une demande deux mois avant l'expiration de ses droits, qui sont annuels. Cette démarche doit être faite par la personne détenue, qui peut demander l'aide du SPIP.
- [21] Une personne qui n'est pas bénéficiaire de la CMU-C au moment de son incarcération doit en faire la demande en remplissant le formulaire mis à sa disposition par l'administration pénitentiaire.

¹⁷⁷ Loi du 17 juillet 1999 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

¹⁷⁸ 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.

L'existence d'un protocole de soins ALD a des conséquences financières pour l'administration pénitentiaire

- [22] La reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD) se traduit par une prise en charge des soins à 100 % par l'assurance-maladie en ce qui concerne les soins et médicaments liés à cette pathologie : dans ce cas, aucun TM ne s'applique sur la facturation des soins et par voie de conséquence aucune facture de TM n'est adressée à l'administration pénitentiaire.
- [23] Sur le plan pratique, si l'ALD a été reconnue avant l'entrée en détention, la caisse cédante doit transférer le dossier à la nouvelle caisse d'affiliation qui intègre l'information sur la carte Vitale et sur l'attestation papier qui sont gardées au greffe. Le transfert du dossier médical n'est pas automatique et doit être demandé par le patient au médecin-conseil de la CPAM « *afin d'assurer la continuité des soins* ».
- [24] En détention, le droit commun s'applique : le médecin de l'USMP doit adresser le formulaire rempli au médecin-conseil de la caisse primaire, qui prend la décision. Le médecin de l'USMP en informe le patient.
- [25] S'agissant d'une décision médicale, l'administration pénitentiaire ne reçoit pas l'information et n'a pas de moyen, ni de légitimité, pour s'assurer que les patients font bien valoir leur droits et que les demandes d'ALD sont bien transmises à la CPAM puis enregistrées sur la Carte Vitale ou, à défaut, sur l'attestation papier.
- [26] Compte tenu des conséquences financières de la prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie en cas de reconnaissance d'une ALD, l'administration pénitentiaire a le souci de savoir si les personnes détenues bénéficient dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur de leurs droits mais elle se heurte au secret médical. Ce dossier est l'un de ceux qui créent des incompréhensions entre l'USMP et l'établissement pénitentiaire qui, pour sa part, s'efforce de contrôler, voire de contenir les dépenses de santé.

ANNEXE 5 : LA PREPARATION A LA SORTIE DES PERSONNES DETENUES

- [1] L'accompagnement social et la préparation à la sortie des personnes détenues relèvent des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation : « *Auprès de chaque établissement pénitentiaire, le SPIP a pour mission de participer à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les détenus, de favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux et de les aider à préparer leur réinsertion sociale.* »¹⁷⁹.
- [2] Cependant, si les SPIP ont un rôle fondamental en matière de préparation à la sortie, le concours d'autres partenaires est requis et ils n'ont pas vocation à se substituer aux institutions positionnées dans le champ de l'action sociale. Ils exercent essentiellement une fonction de repérage des besoins, d'orientation et d'information, comme le définit une circulaire de la DAP de mars 2008¹⁸⁰ : « *les personnels d'insertion et de probation assurent un repérage des besoins des personnes placées sous contrôle judiciaire, en détention provisoire ou condamnées. Ils évaluent leur situation afin de les informer de leurs droits et de les orienter vers les structures ou les partenaires adaptés. Tout au long de la prise en charge, ils doivent veiller à ce que les difficultés relatives à l'insertion (logement, documents administratifs, santé, emploi ou formation, etc.) soient traitées* ».
- [3] Ce principe a été réaffirmé par l'article 30 de la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales qui a ajouté un article 2-1 à la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 qui précise : « *Le service public pénitentiaire est assuré par l'administration pénitentiaire sous l'autorité du garde des sceaux, ministre de la justice, avec le concours des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales, des associations et d'autres personnes publiques ou privées.*
- [4] « *Chacune de ces autorités et de ces personnes veille, en ce qui la concerne, à ce que les personnes condamnées accèdent aux droits et dispositifs de droit commun de nature à faciliter leur insertion ou leur réinsertion.*
- [5] « *Des conventions entre l'administration pénitentiaire et les autres services de l'Etat, les collectivités territoriales, les associations et d'autres personnes publiques ou privées définissent les conditions et modalités d'accès des personnes condamnées aux droits et dispositifs mentionnés au deuxième alinéa en détention.* »

Les SPIP se sont éloignés de l'accompagnement social pour affirmer une spécialisation criminologique

- [6] Le « *sens de l'histoire* » des SPIP tend à les éloigner de l'accompagnement social, pour les orienter prioritairement vers une activité criminologique dédiée à la prévention de la récidive¹⁸¹. En outre, la juridictionnalisation de l'application des peines, le fort développement des aménagements de peine, ont modifié le cœur de métier des SPIP.

¹⁷⁹ Décret n° 99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

¹⁸⁰ Circulaire de la DAP n°113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

¹⁸¹ Deux études illustrent cette évolution : « Les travailleurs de l'ombre ». Enquête réalisée sur les travailleurs sociaux Pénitentiaires. Enquête réalisée par l'UGSP-CGT en 2010 par Nadine Ferlay ; « De la réinsertion à la prévention de la récidive : quel processus de professionnalisation pour les CPIP ? ». Conservatoire National des arts et métiers ; Chaire de travail social et Intervention Sociale. Yann COUZIGOU.

➤ Le développement des aménagements de peine :

[7] Depuis le milieu des années 2000, plusieurs mesures sont venues renforcer le panel des aménagements de peine : le placement sous surveillance électronique (PSE), le suivi socio-judiciaire, le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM), pour citer les plus emblématiques, ont eu un impact fort sur l'activité des SPIP.

➤ La juridictionnalisation de l'application des peines :

[8] Dans sa partie relative à l'exécution des peines, la loi du 15 juin 2000¹⁸² a instauré la juridictionnalisation de l'application des peines et créé la possibilité d'appel en la matière. Les décisions d'aménagements de peine ont quitté le champ des mesures d'administration judiciaire pour celui des jugements, issus d'un débat contradictoire au cours duquel la personne détenue est présente et peut bénéficier de l'assistance d'un avocat.

[9] Cette réforme a induit de nouvelles procédures pour les CPIP, liées à la préparation des demandes d'aménagement de peine des PPSMJ, qui requièrent un travail préliminaire plus approfondi. La juridictionnalisation, en apportant un formalisme plus accru a également significativement augmenté le niveau d'exigence et le nombre d'écrits à produire par les CPIP.

➤ La prévention de la récidive :

[10] La circulaire de mars 2008, en instituant les « Programmes de prévention de la récidive » (PPR) comme nouvelle modalité de prise en charge des PPSMJ a recentré les missions des CPIP vers la prévention de la récidive. Elle précisait que « *concernant l'aspect criminologique, la prise en charge doit être fortement orientée sur le passage à l'acte, le repérage et le traitement des facteurs de risque de récidive et les intérêts de la victime* ».

[11] Cette circulaire positionnait la prévention de la récidive comme *la finalité* de l'action des SPIP. Elle visait à une harmonisation de leurs méthodes d'intervention et introduisait de nouvelles modalités de prise en charge, à l'image des PPR qui, étant « *centrés sur le passage à l'acte, permettent d'assurer une prise en charge spécifique de certains délinquants au regard de l'analyse des faits commis (délinquance sexuelle, violences conjugales, violences urbaines...)* ». Les CPIP étaient ainsi incités à « *construire, développer et animer des programmes sous forme de groupes de parole dans le cadre du parcours d'exécution des peines, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert* ».

[12] La prévention de la récidive a été ainsi placée sur le même plan que la réinsertion et la mission de garde et de contrôle. L'intervention des CPIP consiste à déterminer si la PPSMJ présente un degré de risque compatible, par exemple, avec un aménagement de peine. Le SPIP est au cœur de ce processus évaluatif aux enjeux importants, et sensibles, ainsi qu'en témoignent l'importante couverture médiatique et l'émotion provoquées par des faits divers mettant en cause des récidivistes.

[13] Ces évolutions ont eu pour conséquence d'acter dans le nouveau statut particulier des CPIP de 2010¹⁸³ leur recentrage sur les activités criminologiques¹⁸⁴ :

¹⁸² Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes.

¹⁸³ Décret n°2010-1639 du 23 décembre 2010 portant statut particulier des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation.

¹⁸⁴ Les SPIP sont issus du « service social pénitentiaire » créé en 1945. Initialement composé de CIP et d'ASS, qui étaient regroupés sous le terme générique de « travailleur social ».

- [14] « Sur saisine des autorités judiciaires, ils concourent à la préparation des décisions de justice à caractère pénal. Ils assurent le suivi de l'exécution des peines et veillent au respect des obligations judiciaires dans un objectif de prévention de la récidive et de réinsertion. Compte tenu de leur expertise en matière d'exécution de peine et d'accompagnement socio-éducatif, de leurs connaissances en criminologie et selon les besoins particuliers des personnes confiées, ils concourent à la préparation et à la mise en œuvre des mesures d'insertion et des dispositifs de prévention de la récidive prévus par les lois et règlements.
- [15] Ils participent à la politique d'individualisation des peines par le développement des alternatives à l'incarcération et des aménagements de peine dans les conditions prévues par le code de procédure pénale. Ils œuvrent plus particulièrement au travail sur le sens de la peine, afin de concourir au maintien ou à la restauration de l'autonomie et à la responsabilisation des personnes suivies ».
- [16] Parallèlement au recentrage des SPIP vers l'activité criminologique, la DAP, qui avait recruté des ASS au sein des SPIP chargés d'assurer la continuité de l'accompagnement social des PPSMJ, les a progressivement intégrés dans le corps des CPIP. D'après une réponse de la DAP à la mission, il n'en subsiste aujourd'hui que 25, pour un nombre de CPIP s'élevant à 2.902¹⁸⁵.

La préparation à la sortie nécessite une coordination, variable suivant les territoires

La préparation à la sortie, aux aspects multidimensionnels, nécessite une coordination

- [17] Le rapport de la Conférence de Consensus de 2013 soulignait que « les sortants de prison doivent faire face à de nombreuses difficultés. Certaines sont souvent liées à leur passé et préexistaient à leur incarcération – isolement social, problèmes de santé physique et psychique, problèmes de dépendance aux substances psychotropes, abus physiques et psychiques, faible niveau de scolarisation, absence de ressources, problème de logement, etc. – mais les effets de l'emprisonnement contribuent souvent à les exacerber. Au moment de la sortie de prison, les obstacles à la réinsertion sont multiples et ont été recensés dans de nombreuses études internationales.
- [18] En France, la préparation à la sortie est un objectif affiché dans la loi mais cette volonté se heurte à l'insuffisance des moyens matériels et humains au regard du nombre de personnes sortant chaque année de prison.
- [19] Faute de temps et de moyens, il est difficile pour les CPIP de travailler à l'élaboration de projets structurés. Cette difficulté est largement amplifiée dans le cas des courtes peines qui s'achèvent souvent par des « sorties sèches »¹⁸⁶.
- [20] La préparation à la sortie mobilise une multitude d'intervenants et nécessite une prise en compte rigoureuse des échéances de la peine et des procédures claires visant à mieux l'organiser.
- [21] Les contraintes spécifiques à la détention pèsent sur le travail des CPIP : ainsi, dans une maison d'arrêt visitée, les CPIP rencontrés ont indiqué que sur 23 demandes de CNI traitées depuis le début 2015, dans la mesure où 12 transferts de détenus demandeurs avaient eu lieu vers d'autres établissements pénitentiaires et 2 libérations étaient intervenues, seule une avait été effectuée, les 8 autres étant encore en cours. Dans ces établissements pour courtes peines leur travail est ainsi structurellement haché.

¹⁸⁵ Conseillers titulaires et en fonctions. En outre, il y a 370 conseillers stagiaires. Source DAP, bureau RH3, octobre 2015.

¹⁸⁶ Conférence de consensus pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive. Principes d'action et méthodes. Paris, 20 février 2013).

- [22] En outre, la coordination entre le SPIP, la direction de l'établissement pénitentiaire et les équipes de l'USMP constitue un enjeu majeur pour la préparation à la sortie, un défaut de coordination pouvant entraîner des situations pénalisant le détenu, tel qu'il a pu être illustré à la mission par un médecin d'USMP qui a indiqué avoir appris la sortie d'écrou d'un détenu après s'être inquiété auprès des surveillants de l'absence de ce patient à ses consultations.
- [23] Au sein même des établissements pénitentiaires, le cloisonnement des services peut affecter la qualité de la préparation à la sortie, ce qui peut se traduire par une absence de communication de la date de fin de peine ou sa non-anticipation¹⁸⁷. Ceci est d'autant plus pénalisant dans les grandes maisons d'arrêt où le flux entrants/sortants est important.
- [24] Cette coordination est rendue indispensable par la nécessaire prise en charge pluridisciplinaire des personnes détenues les plus éloignées de l'insertion. En effet, la prise en charge de la continuité des soins, de l'hébergement, du renouvellement de la carte nationale d'identité ou du titre de séjour, de la protection sociale, de l'emploi ou de la formation sont interdépendants et mobilisent une multiplicité d'intervenants amenés à se coordonner.
- [25] Cette coopération est amplifiée par les conséquences de l'application de l'article 720 du CPP. Celui-ci instaure un examen obligatoire de la situation de toute personne exécutant une ou plusieurs peines d'une durée totale inférieure ou égale à cinq ans, arrivée aux deux-tiers de sa peine, en vue du prononcé éventuel par le juge de l'application des peines (JAP) d'une mesure de libération sous contrainte (LSC)¹⁸⁸.
- [26] Cette mesure, susceptible de concerner 77 %¹⁸⁹ des personnes détenues condamnées à une peine inférieure à cinq ans, a fait l'objet d'une note de cadrage par l'administration pénitentiaire¹⁹⁰. Elle positionne la préparation à la sortie comme un axe d'intervention pluridisciplinaire majeur : *la préparation à la sortie, quel qu'en soit le cadre, est une mission pluridisciplinaire, qui repose sur l'implication de tous les acteurs du service public pénitentiaire.*
- [27] Cette note souligne également que la préparation à la sortie commence dès l'accueil arrivants : « avec l'instauration d'un rendez-vous judiciaire obligatoire aux deux-tiers de la peine, l'exécution de la peine dispose désormais d'une nouvelle temporalité, que les services auront à intégrer dans leurs modalités d'intervention, dès l'arrivée de la personne détenue au quartier arrivants. ».

Le recours aux partenariats a des effets contrastés selon les territoires

- [28] En pratique, le problème de l'accompagnement social reste posé. Si la participation des services de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes sociaux est théoriquement acquise, dans un contexte global de maîtrise des moyens, l'accompagnement des personnes détenues est parfois considéré de fait comme une charge indue, ou du moins non prioritaire. Ni les conseils départementaux, en charge de l'action sociale, ni les caisses d'allocations familiales, ni dans une moindre mesure les SPIP dont le cœur de métier est centré sur les aménagements de peine, ne sont en mesure d'assurer un accompagnement social individuel des personnes détenues les plus éloignées de l'insertion.

¹⁸⁷ Les sorties imprévues ne concernent que les personnes prévenues qui bénéficient d'une mise en liberté car pour les condamnés les dates de fin de peines sont prévisibles.

¹⁸⁸ Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

¹⁸⁹ Chiffre DAP Janvier 2015.

¹⁹⁰ Note de cadrage sur la mesure de libération sous contrainte instituée par l'article 39 de la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

- [29] Ces partenariats, installés à tous les échelons, ont aussi pour conséquence de faire dépendre la préparation à la sortie et l'accès aux droits aux différences de politiques territoriales. Il est d'ailleurs possible d'évoquer « *une territorialisation progressive des politiques pénitentiaires* »¹⁹¹.
- [30] Les réponses des référents « santé » des DISP au questionnaire de la mission montrent des pratiques et des implications partenariales très hétérogènes selon les territoires, même s'il existe des initiatives locales jugées pertinentes par les référents santé des DISP (par exemple, les journées de préparation à la sortie qui font intervenir un grand nombre de partenaires à Lille).
- [31] Ainsi, les points d'accès au droit connaissent un développement inégal. Les agents des CPAM ne se déplacent que dans certains établissements, la tendance étant à la réduction des permanences.

Les initiatives dessinent des perspectives d'amélioration

Le recrutement d'ASS dans les SPIP

- [32] Quand la date de sortie est connue suffisamment à l'avance, ou que les cas sont complexes (problèmes d'hébergement, situation médicale complexe, etc.), certains dossiers sont traités par l'ASS du SPIP, lorsqu'il existe, sinon par les CPIP en surplus de leurs autres tâches. L'ASS est en lien avec les équipes médicales de l'USMP qui lui communiquent éventuellement des informations sur la situation médicale des PPSMJ, pouvant faciliter la continuité de la prise en charge médico-sociale des personnes qui le nécessitent (personnes en situation irrégulière, pathologie chronique et grande précarité).
- [33] Pour mettre en œuvre les nouveaux dispositifs de contrainte pénale et de libération sous contrainte¹⁹², 1.000 emplois ont été créés dans les SPIP dans le cadre du plan triennal 2015/2017. Sur ces 1.000 emplois, 65 sont dédiés au recrutement d'ASS, dont 25 au titre de l'année 2015. Les effectifs ont été établis sur la base de la présence d'un ASS pour 500 PPSMJ. Des ASS ont commencé à être recrutés en 2013 et 2014. Ce recrutement s'ajoute aux 25 ASS recrutés avant 2013 présents dans les SPIP¹⁹³.
- [34] Pour le recrutement des 65 ASS, seront priorisés :
- [35] - les résidences administratives des SPIP qui disposent d'un établissement pénitentiaire accueillant plus de 500 PPSMJ au 1^{er} juillet 2014 et ne disposant pas d'ASS au 1^{er} janvier 2015 ;
- [36] - les SPIP effectuant le plus grand nombre de prises en charge en milieu fermé ne disposant pas d'ASS au 1^{er} juillet 2015 et ne pouvant en bénéficier au regard du critère précédent ;
- [37] Leur fiche de poste centre leur action sur l'accès aux droits : « *L'assistant de service social (...) facilite la nécessaire prise en compte de la situation sociale et familiale et des besoins analysés des justiciables confiés, aux fins de favoriser leur inclusion sociale durable. Il agit en lien étroit avec les personnels d'insertion et de probation. Par son action, il favorise le maintien, l'établissement ou le rétablissement de leurs droits sociaux.*¹⁹⁴ ».
- [38] Dans le cadre de ses missions, il :
- « *intervient dans toutes les structures du SPIP du département ;*

¹⁹¹ J-C. FROMENT, Professeur d'université. Directeur de l'IEP Grenoble. "La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : une ambition modérée".

¹⁹² Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

¹⁹³ Source DAP bureau SD2, note méthodologie de la répartition des 1.000 emplois dans les SPIP.

¹⁹⁴ Fiche de poste DAP. Référence poste « 1 A 25 ».

- *s'inscrit dans un travail transdisciplinaire au sein du service pénitentiaire d'insertion et de probation ;*
- *participe, aux côtés de l'équipe de direction et d'encadrement, à la veille technique requise pour actualiser la connaissance du service, de la réglementation en matière d'action sociale et des dispositifs initiés par les politiques publiques ;*
- *participe à l'animation du réseau inter institutionnel local ou interdépartemental ;*
- *apporte un appui aux CPIP en charge des PPSMJ en matière d'accès aux droits sociaux et aux dispositifs de droit commun (accès aux structures de soins et traitement des addictions, orientation adaptée des personnes âgées ou dépendantes, accès et/ou maintien dans les dispositifs hébergement-logement, accès aux prestations sociales, accès aux emplois et contrats aidés, ...) ;*
- *rencontre éventuellement, sur demande du CPIP ou de l'encadrement du service, la PPSMJ en entretien individuel, analyse la situation, apporte son expertise et agit pour la résolution des problèmes identifiés ;*
- *rédige des rapports de situation ;*
- *participe à des réunions de synthèse des situations pour lesquelles il est saisi ;*
- *initie des actions collectives, des coopérations partenariales et participe activement à la réalisation, au suivi et à l'évaluation des projets mis en œuvre ;*
- *participe aux travaux et aux réflexions thématiques et transdisciplinaires organisés au niveau local ou interrégional.».*

[39] La mission relève que l'accompagnement social individualisé des personnes détenues n'est pas la fonction essentielle des ASS ainsi recrutés. Ceci a été confirmé par l'ensemble des acteurs rencontrés qui ont indiqué que ces ASS auraient a priori un rôle de coordination des partenariats davantage que de suivi individualisé des PPSMJ, et les questions essentielles du « *qui fait ?* » et « *qui accompagne les publics les plus vulnérables ?* » risquent de demeurer.

Le recrutement d'ASS dans les USMP

[40] Les ASS des SPIP ne sont pas les seuls à intervenir dans l'accompagnement social. En effet, certaines USMP visitées par la mission bénéficient de postes d'ASS, financés par les hôpitaux de rattachement.

[41] Leur utilité a été saluée par les personnels médicaux. Ils peuvent utilement se saisir des questions relatives au maintien de la protection sociale, à la continuité des soins et la recherche de structures d'hébergement (médicalisées ou non), tout en assurant un strict respect du secret médical. D'une façon générale, les médecins rencontrés par la mission ont indiqué donner plus facilement des informations aux assistants sociaux des USMP qu'aux CPIP.

La définition d'un référentiel « sortants » par l'administration pénitentiaire

[42] Même quand la préparation à la sortie est mise en œuvre par les différentes institutions concernées (SPIP, USMP, etc...), il existe encore des ruptures dans la continuité de la prise en charge vers la psychiatrie ou la médecine de ville. Souvent, quand ceux-ci ont pu être pris, les personnes détenues n'honorent pas leurs rendez-vous médicaux, une fois sorties.

[43] L'articulation avec les soins de ville est donc à améliorer, notamment par le développement de protocoles de coordination des différents acteurs, et d'outils tels que des fiches de liaison avec le médecin-traitant. Dans les régions, des groupes de travail se mettent en place entre les ARS et les DISP sur cette question.

[44] De manière plus globale, l'administration pénitentiaire entre progressivement dans une démarche qualité relative à la préparation à la sortie. En 2013/2014, une équipe-projet composée de représentants de l'administration centrale, ainsi que des DISP de Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon et Marseille, et de l'Inspection des services pénitentiaires, a travaillé au développement d'un référentiel qualité des pratiques professionnelles pénitentiaires afin de formaliser les processus de prise en charge des sortants de prison. Il s'agit du prolongement de la démarche qualité entreprise en 2008 par l'administration pénitentiaire qui a abouti en sept ans à la labellisation « du parcours arrivants » dans 163 établissements.

[45] En 2015, ce référentiel a été validé et un séminaire de lancement, regroupant notamment l'ensemble des sites pilotes, a été organisé à l'ENAP. Un comité de pilotage national relatif au suivi sera mis en place.

[46] Ce référentiel définit les points suivants :

Faire face aux situations de sorties imprévues :

- Chaque établissement veille à examiner la situation des personnes détenues sortantes, à l'occasion de la CPU, et plus particulièrement :
- Lors de la CPU arrivant pour les courtes peines ;
- A l'occasion de la CPU traitant de la situation des personnes sans ressources suffisantes, ou de toute autres CPU, notamment la CPU suivi ou la CPU sortants, qui a lieu au plus tard un mois avant la date de libération pour les autres peines.

La CPU :

- examine la situation des personnes détenues sans ressources suffisantes et valide notamment la remise du kit sortants ;
- examine la situation de tous les sortants, avec un focus particulier sur les personnes présentant une situation problématique (ex. : absence d'hébergement, de CMUC, de RSA) ;
- établit le bilan et règle les derniers aspects liés à la sortie, se prononce sur la prise en charge totale ou partielle d'un billet de transport jusqu'à l'adresse de libération en cas de pécule insuffisant ou si la personne détenue en a fait la demande au préalable au chef d'établissement ou au SPIP. La prise en charge financière du billet de transport revient à l'établissement.

Hors cas de la sortie en urgence (...) :

- En vue de soutenir la resocialisation et les sorties de délinquance, le SPIP doit également permettre l'accès des PPSMJ aux politiques publiques avec le concours des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes publics ou privés.
- Chaque SPIP s'engage à mener un entretien auprès des personnes détenues, avant qu'elles ne soient libérables, portant notamment sur les points suivants (...) :
- - modalités de sortie et accès aux droits (ex : hébergement, liens sociaux et familiaux, l'accès aux droits sociaux, accès aux dispositifs d'insertion professionnelle, modalités de transport prévues) ;
- Dans chaque établissement, l'unité sanitaire s'engage à proposer une visite médicale aux personnes libérables dans le mois précédant la sortie. »

[47] Par ailleurs, le système d'information GENESIS, devrait pouvoir être utilement exploité par l'ensemble des acteurs concernés par la préparation à la sortie, pour notamment anticiper les dates prévisibles de sortie. Une identification précise de leurs besoins devrait être réalisée.

Bonnes pratiques relevées par la mission

- [48] A Caen, le service accueil des clients de la CPAM et le SPIP font un point en réunion deux mois avant la fin programmée de la détention.
- [49] A Nancy, une convention a été signée le 11 juin 2015 entre la CPAM de Nancy et le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville. Elle acte des permanences des conseillères CPAM au CP dans le cadre du point d'accès aux droits. L'ARS et le CDAD 54 envisagent le cofinancement de bornes Carte Vitale dans les établissements pénitentiaires du 54 pour permettre la possibilité de sortir avec une Carte Vitale mise à jour à la place d'une attestation papier malcommode, voire stigmatisant.
- [50] Enfin, certains établissements pénitentiaires, par l'entremise du SPIP, ont mis en place une journée de préparation à la sortie. Ce dispositif réunit un grand nombre des partenaires de soins, sociaux, d'hébergement...

ANNEXE 6 : LES CREDITS RELATIFS A LA SANTE DES PERSONNES DETENUES

Présentation des MIG pour les soins somatiques

- [1] Le financement des soins somatiques des personnes détenues est assuré par des crédits d'assurance-maladie -MIG (missions d'intérêt général) versés aux hôpitaux de rattachement des établissements pénitentiaires- et, selon les principes du droit commun, par la tarification des actes en soins somatiques (T2A). Depuis 2008, le principe affiché par le ministère de la Santé est celui d'un financement prioritaire de ces structures par facturation de l'activité réalisée (la T2A, tarification à l'activité).
- [2] Trois MIG déterminent le volume des financements des 175 USMP des établissements pénitentiaires, des 8 UHSI, et des chambres sécurisées dans les hôpitaux de rattachement.
- [3] En outre, des mesures nouvelles sont financées, qui apparaissent détaillées dans les circulaires budgétaires de la DGOS. Les procédures de délégation de crédits aux ARS puis aux CH ne permettent pas de suivre ces délégations de crédits pour ces mesures nouvelles, toutefois, la DGOS a indiqué à la mission qu'elle avait une visibilité sur l'utilisation de ces crédits via le suivi administratif des dossiers qu'elle assure.
- [4] Pour leur part, les hôpitaux psychiatriques de rattachement assurent le financement des soins pour les personnes détenues dans le cadre de la dotation annuelle de financement (DAF).

La MIG des 175 USMP

- [5] Elle finance un volume équivalent à la masse salariale du personnel médical (temps de praticien hospitalier –PH-, d'infirmier- IDE- et de préparateur en pharmacie), du personnel non médical (temps de secrétariat), ainsi que des frais spécifiques de fonctionnement liés aux contraintes en milieu pénitentiaire, sous la forme d'un forfait de base établi par la DGOS en 2010.
- [6] La dotation est calculée à partir de la capacité *théorique* de chaque établissement pénitentiaire, de ce fait sans référence à la population détenue effectivement hébergée, laquelle atteint dans certains établissements pénitentiaires plus du double de la capacité théorique d'accueil :
- Pour les établissements pénitentiaires ayant un nombre de places compris entre 70 et 200, le forfait s'élève à 380.000 €, somme équivalent à 1,3 ETP de praticiens hospitaliers, 4 ETP d'IDE, 0,6 ETP de préparateur en pharmacie et 0,8 ETP de secrétariat auxquels s'ajoutent 20 % dédiés aux frais de structure ;
 - Pour ceux ayant un nombre de places en deçà de 70, le forfait est divisé par deux, à 190.000 €;
 - Au-delà de 200 places, le financement de places supplémentaires est déterminé sur la base de 1.900 €par place (forfait de base de 380.000 €divisé par 200 places).
- [7] Depuis la mise en place du Plan 2010-2014, les crédits ont été délégués sur cette base.

La MIG des 8 UHSI

- [8] Les 8 CHU disposant d'une UHSI sont éligibles à une dotation MIG¹⁹⁵ qui est une construction nationale de calcul de volumes de délégations de crédits aux ARS qui vise à **couvrir des surcoûts** liés à l'organisation propre des UHSI par rapport aux coûts de fonctionnement d'une structure d'hospitalisation de type "classique". Il est à relever qu'elle n'est pas calculée sur des coûts de fonctionnement constatés en UHSI qui s'appuieraient sur une comptabilité analytique.
- [9] Le forfait alloué aux UHSI est calculé sur des bases historiques à partir des effectifs moyens de personnel déclarés par lit d'UHSI dans le retraitement comptable de 2005¹⁹⁶ avec l'objectif d'obtenir un volume de 0,25 ETP de personnel médical et 2,4 ETP de personnel non médical par lit. Les surcoûts qui ne peuvent être pris en charge par la T2A donnent lieu à une dotation MIG représentant l'équivalent de 20 % du coût moyen chargé de ces effectifs, soit :
- 0,05 ETP de médecin sénior/lit, soit 6.420 €;
 - 0,25 ETP d'infirmier/lit, soit 12.618 €;
 - 0,25 ETP d'aide-soignant/lit, soit 9.829 €
 - A ces surcoûts de personnel (28.867 €) s'ajoutent des surcoûts en exploitation courante, évalués à 20 % du total des surcoûts de personnel.
- [10] Ainsi calculé, le total annuel de dotations MIG représente 34.640 €par lit d'UHSI.
- [11] Par ailleurs, des recettes de T2A proviennent de la facturation à l'assurance-maladie des groupes homogènes de séjour d'hospitalisation (GHS), des éventuels médicaments et dispositifs médicaux, et enfin du forfait journalier et du ticket modérateur qui sont facturés à l'administration pénitentiaire.

La MIG des chambres sécurisées

- [12] La MIG finance les surcoûts liés à l'organisation particulière de la prise en charge médicale et soignante des personnes qui sont accueillies dans environ 250 chambres sécurisées¹⁹⁷. Depuis 2010, la DGOS a financé la mise aux normes ou l'ouverture de 154 chambres.
- [13] Ces surcoûts sont ainsi calculés par chambre : 0,1 ETP de médecin sénior, soit 12.842 €; 0,6 ETP d'infirmier, soit 30.445 €
- [14] A ces surcoûts de personnel (43.287 €) s'ajoutent les surcoûts en exploitation courante, évalués à 20 % du total de ces surcoûts de personnel, soit un total de dotation MIG de 51.944 €par chambre sécurisée, quel que soit le taux d'occupation réel de la chambre.
- [15] Comme pour les MIG destinées aux USMP et aux UHSI, ce financement MIG coexiste avec une facturation des GHS d'hospitalisation à l'assurance-maladie et avec la facturation du forfait journalier et du ticket modérateur à l'administration pénitentiaire pour les soins des personnes détenues dans ces chambres.

¹⁹⁵ CHU de Bordeaux, CHU de Toulouse, CHU de Nancy, CHU de Rennes, CHU de Lille, Hospices civils de Lyon, Assistance publique des hôpitaux de Marseille, Assistance publique des hôpitaux de Paris.

¹⁹⁶ Le retraitement comptable des CH consiste à calculer les charges nettes des fonctions cliniques, majorés des charges nettes des fonctions auxiliaires. Les directeurs de CH doivent chaque année élaborer, pour l'analyse de l'activité et des coûts, un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges d'exploitation affectées aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement.

¹⁹⁷ Chiffres DGOS, juin 2015. La liste des CH ayant déclaré au moins une chambre sécurisée est disponible sur le site SAE (statistique annuelle des établissements de santé). Mais cette liste de 277 chambres comporte quelques anomalies qui conduisent à revoir à la baisse le chiffre effectif.

Tableau 1 : Les MIG santé des personnes détenues

MIG	Objet	Dépenses financées par la dotation MIG	Bases de calcul de la dotation	Activités facturées en sus à l'assurance maladie et bases de facturation	Part facturée à l'administration pénitentiaire
Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) (MIG en cours de remodelisation avec mise en application pour Janvier 2017: Première réunion du groupe de travail comprenant ARS, APSEP, ASPMP et des directeurs financiers d'établissements le 12/06/2015)	Dispenser les consultations, soins externes et médicaments et DM aux détenus, en milieu pénitentiaire	- Part couverte par l'AMO des médicaments et DM - hygiène, prévention, coordination des soins - Surcoûts induits par les contraintes spécifiques aux USMP (temps d'attente, besoins de coordination, déplacements...)	1. valorisation du coût d'une équipe type : PH, IDE, préparateur en pharmacie, secrétariat médical + 20 % de frais de fonctionnement 2. forfaitisation de ce coût en fonction de la capacité de l'EP : - 380.000 € entre 70 et 200 places ; - 190.000 € en deçà de 70 places ; - proratisation au-delà de 200 places (+1.900 €/place supplémentaire)	☒ Consultations et actes réalisés dans l'USMP pour la part AMO, qu'ils soient réalisés par l'équipe dédiée de l'USMP ou par des professionnels extérieurs ☒ Consultations et actes réalisés hors de l'USMP en CH (de rattachement ou autre) pour la part AMO ○ Médicaments dispensés dans le cadre de la rétrocession hospitalière (par ex. NAAD)	☒ TM sur l'ensemble des actes et consultations externes dispensés par l'équipe de l'USMP ou autre, + médicaments et DM dispensés par l'équipe de l'USMP
Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	Accueillir dans une unité dédiée des détenus pour une hospitalisation en soins somatiques excédant la très courte durée ou nécessitant un plateau technique très spécialisé (il existe 8 UHSI)	Surcoûts induits par les contraintes spécifiques aux UHSI par rapport aux coûts de fonctionnement d'une structure d'hospitalisation de type "classique"	3. ☒ valorisation forfaitaire du surcoût à hauteur d'un coût d'encadrement moyen de 0,05 ETP de personnel médical et 0,5 ETP de personnel non médical par lit (0,25 infirmier +0,25 ASS) + 20 % représentant les surcoûts en exploitation courante, soit au total 34.640 € par lit d'UHSI	☒ séjours hospitaliers sur la base du tarif du GHS concerné ☒ + autres éléments de la tarification hospitalière à l'activité (médicaments et DM facturés en sus, passages aux urgences, etc.)	☒ TM calculé sur la base des TJP + FJH (avec application des règles d'imputation réciproque) ☒ TM sur autres éléments de tarification 4.
Chambres sécurisées	Accueillir dans des chambres dédiées des détenus pour une hospitalisation de courte durée ou en urgence	Surcoûts induits par les contraintes spécifiques au fonctionnement des CS et prise en compte de l'immobilisation d'une chambre	☒ valorisation forfaitaire du surcoût correspondant à un coût d'encadrement moyen de 0,1 ETP de personnel médical et 0,6 ETP d'infirmier par chambre +20 % représentant les surcoûts en exploitation soit au total 51.944 € par chambre d'UHSI	☒ séjours hospitaliers sur la base du tarif du GHS concerné ☒ + autres éléments de la tarification hospitalière à l'activité (médicaments et DM facturés en sus, passages aux urgences, etc.)	☒ TM calculé sur la base des TJP + FJH (avec application des règles d'imputation réciproque) ☒ TM sur autres éléments de tarification

Source : DGOS-octobre 2015

Evolution des crédits théoriques délégués en faveur des personnes détenues depuis 2010 pour les soins somatiques

[16] Au 30 décembre 2013, les dotations MIG des ARS aux CH en faveur des personnes détenues s'établissaient ainsi :

- USMP : 177.166.332 € soit + 2 % par rapport à 2012 ;
- UHSI : 18.257.449 € soit - 18 % par rapport à 2012 ;
- Chambres sécurisées : 9.344.030 € soit + 13 % par rapport à 2012.

[17] Soit un total de 204.767.811 € en 2013, contre 203.784.463 € en 2012.

Les crédits MIG délégués aux 175 USMP

Tableau 2 : les crédits MIG USMP délégués

	Montants délégués aux CH par les ARS (via Arbust), incluant les mesures nouvelles	Dont mesures nouvelles
2010	163 626 896 €	6 036 800 €
2011	166 532 015 €	3 386 010 €
2012	173 246 458 €	1 295 040 €
2013	177 166 332 €	984 700 €
2014 (données au 30 août 2015)	174 206 997 €	2 190 300 €

Source : DGOS

Les crédits MIG délégués aux 8 UHSI

Tableau 3 : les crédits MIG UHSI délégués

	2010	2011	2012	2013	2014 (données au 30 août 2015)
Bordeaux	1 972 874	2 032 547	1 479 390	1 189 720	1 189 720
Rennes	833 860	846 784	691 627	2 429 570	2 429 570
Paris	5 260 793	5 424 644	5 424 644	5 424 644	5 424 644
Nancy	2 602 000	1 502 000	1 502 000	1 502 000	1 502 000
Toulouse	1 809 406	1 704 937	1 738 353	1 824 907	1 794 468
Lille	1 224 468	1 224 468	1 257 206	1 361 962	1 399 999
Marseille ¹⁹⁸	8 506 810	8 896 539	8 923 678	3 659 518	3 757 658
Lyon	734 919	741 533	1 225 336	865 128	865 128
Total MIG UHSI	22 945 130	22 373 452	22 242 234	18 257 449	18 363 187

Source : DGOS

[18] Ces chiffres marquent d'une part, un décrochage à partir de 2013 des crédits MIG alloués par les ARS et d'autre part, un écart sensible avec les dépenses déclarées par les CH après retraitement comptable : en 2013, 30.558.030 €

¹⁹⁸ La baisse importante des crédits MIG de l'UHSI de Marseille est à signaler. Elle pourrait être rapportée aux 5 M€ alloués au CH en dotations théoriques dans le guide MIGAC de 2011.

Les crédits MIG « chambres sécurisées »

- [19] Les données disponibles sont les crédits MIG délégués par les ARS, retraités à N+1 dans Arbust, ainsi que les crédits de mesures nouvelles déléguées qui correspondent à la mise aux normes ou à l'ouverture de chambres sécurisées dans les CH.

Tableau 4 : les crédits MIG Chambres sécurisées

	Montant délégué aux CH par les ARS (Arbust), incluant les mesures nouvelles	Dont mesures nouvelles
2010	5 657 603	2 371 200
2011	7 701 143	2 553 600
2012	8 295 771	456 000
2013	9 344 030	398 220
2014 (données au 30 août 2015) ¹⁹⁹	9 508 052	311 650

Source : DGOS

Les crédits en santé mentale pour les personnes détenues

- [20] La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) est une dotation globale destinée à financer l'ensemble des missions confiées à l'établissement de santé, dont les soins psychiatriques assurés aux personnes détenues, que ce soit en USMP ou en hospitalisation de jour ou complète, pour la part imputable à l'assurance-maladie.
- [21] Les délégations de crédits de fonctionnement en santé mentale de la DGOS sont calculées sur la base du volume de la MIG dédiée aux USMP, divisée par trois, soit 59 M€
- [22] S'agissant des dépenses effectivement consacrées à la santé mentale des personnes détenues, les documents disponibles ne permettent pas de les isoler. Le mécanisme des dotations historiques ne permet pas de flécher et de suivre les financements au niveau national.

¹⁹⁹ Selon le bureau R4 de la DGOS, l'ARS de la Réunion n'avait pas transmis, à la date de clôture du rapport ses données pour l'année 2014. Pour estimer les délégations Arbust 2014 de l'Océan indien, les données ARBUST MIG 2013 ont été complétées par les délégations budgétaires de 2013.

[23] Pour une UHSA de 60 places, la dotation de fonctionnement est ainsi calculée²⁰⁰ :

	Montant en année pleine estimé en 2010 (en euros)
Personnel Médical	567 828
Personnel Soignants	4 374 195
Autres personnels	281 081
Prime de risque	155 142
TITRE 1 Charges de personnel	5 378 246
TITRE 2 Charges à caractère médical	312 000
TITRE 3 Charges hôtelières et générales	1 154 000
TOTAL	6 844 245

[24] Ainsi, en 2015, 38.660.000 € ont été délégués en circulaire budgétaire au titre du fonctionnement des sept UHSA.

[25] Les circulaires budgétaires indiquent les montants des mesures nouvelles :

2010	12 950 000 €
2011	11 174 330 €
2012	15 011 670 €
2013	9 656 000 €
2014	1 283 490 €
2015	1 229 570 €

[26] La baisse des crédits de mesures nouvelles à partir de 2013 s'explique par la fin des travaux de la première tranche et par l'absence de décision de lancement de la seconde tranche.

²⁰⁰ Pour une UHSA de 40 places, le montant est calculé au prorata.

ANNEXE 7 : LES EXTRACTIONS MEDICALES

- [1] Les extractions médicales des établissements pénitentiaires répondent à deux besoins :
- L'accès à des actes médicaux spécialisés, lorsque l'état de santé de la personne détenue requiert une consultation ou un examen spécialisé qui ne peut être réalisé dans l'unité sanitaire, l'établissement de santé de rattachement organise l'accès aux soins pour le patient. L'établissement pénitentiaire a alors en charge l'extraction de la personne détenue vers l'établissement de santé. Il s'agit d'extractions pour consultations et examens spécialisés programmés en milieu hospitalier ;
 - La prise en charge de l'urgence médicale, lorsqu'une personne détenue subit une dégradation de sa santé non prévue, et demandant potentiellement une réponse rapide, l'unité sanitaire ou le Centre 15 peuvent demander qu'elle soit conduite à l'hôpital. L'administration pénitentiaire est également en charge de cette extraction en urgence.
- [2] Cette composante essentielle de la prise en charge sanitaire des patients détenus soulève des questions de nature organisationnelles et déontologiques. En effet, l'important volume d'activité qui se rattache aux extractions et leur impact sur l'organisation des établissements pénitentiaires invitent à interroger l'organisation de cette prise en charge.
- [3] Par ailleurs, la question des mesures de sécurité prises lorsqu'un détenu sort de son lieu de détention pour se rendre dans une structure de soins est également essentielle. A bien des égards, les pratiques professionnelles de sécurisation des extractions médicales et les critiques récurrentes, voire des condamnations devant des juridictions, montrent la difficulté de concilier logique professionnelle de surveillance et logique professionnelle de soins.

LE SUJET DES EXTRACTIONS MEDICALES NECESSITE UNE POLITIQUE DE CONTROLE DE GESTION

Le nombre d'extractions demandées depuis 2011 est stable et conséquent mais n'est pas nécessairement en adéquation avec les besoins médicaux réels

Tableau 1 : Nombre d'extractions demandées par année

Année	2011	2012	2013
Nombre d'extractions demandées	50.700	51.060	51.410

Source : Données OSSD.

- [4] Il est à relever que le nombre de demandes n'est pas nécessairement équivalent aux besoins médicaux des personnes détenues. Il en résulte que des examens de contrôle ou de prévention peuvent ne pas être réalisés ou être reportés : faute de plages horaires suffisantes, la priorité est donnée à des extractions présentant un caractère plus urgent.
- [5] Dans son rapport d'activité pour 2012, l'OSSD relevait que si « 51.060 extractions ont été demandées pour la réalisation de consultations ou examens, 39.327 ont été réalisées, soit 77 % ». L'OSSD préconisait de « s'interroger sur les causes de cet écart pour apporter les correctifs nécessaires et tendre vers un taux de réalisation de 100 % ».

- [6] Par ailleurs, aux extractions programmées se rajoutent les extractions effectuées en cas d'urgence, réalisées lorsque le pronostic vital d'une personne détenue est a priori engagé : selon la même synthèse de l'OSSD, le nombre d'extractions en urgence demandées était de 7.571 et 7.439 avaient été réalisées.
- [7] La mission relève que la gestion des extractions en urgence, nécessairement prioritaires, impacte la programmation des extractions, et peut être un facteur d'explication d'escortes programmées non réalisées : l'effort important lié à la prise en charge de l'urgence, qui indépendamment du moyen de transport utilisé (ambulance, fourgon...) requiert la présence d'une escorte, peut se faire au détriment des extractions déjà programmées²⁰¹.
- [8] La mission fait le constat que ni la DAP, ni l'OSSD, ne paraissent être aujourd'hui en mesure d'identifier les différents motifs d'annulation des escortes. Or, la non-réalisation d'une extraction ou le fait de la reporter, parfois à une date lointaine suivant les disponibilités de l'hôpital, constitue par hypothèse une perte de chance. Des enjeux parfois vitaux en résultent.

Un suivi des extractions parcellaire, en nombre et en qualité de réalisation

- [9] Dans les structures visitées par la mission il est constaté un suivi très différencié des motifs d'annulation ou de report des extractions médicales : dans une maison d'arrêt, un tableau de suivi des annulations des escortes est rigoureusement tenu alors que d'autres établissements pénitentiaires n'ont pas développé d'outils.
- [10] Le suivi régional est également variable. L'initiative conjointe de l'ARS Rhône-Alpes et de la DISP de Lyon qui définissent, pour chaque établissement pénitentiaire, un objectif de pourcentage d'extractions réalisées par rapport à celles demandées, mérite d'être soulignée. Le suivi et le bilan sont exposés dans les comités de coordination des établissements concernés, ce qui favorise la mobilisation des acteurs impliqués. La mission préconise de généraliser cette bonne pratique et de faire du taux de réalisation des extractions médicales demandées un indicateur interne du dialogue de performance de la DAP, exprimant la correcte réponse de l'administration pénitentiaire à un besoin.
- [11] A défaut de pouvoir bénéficier actuellement d'une vision globale, il est apparu lors des différents déplacements que les causes des non-réalisations d'extractions sont multifactorielles et que l'administration pénitentiaire n'a pas la responsabilité exclusive des extractions non réalisées.
- [12] Dans les établissements pénitentiaires, les explications fournies sont diverses : dans un centre de détention visité, les praticiens de l'unité sanitaire justifient la différence entre extractions demandées et extractions réalisées par les annulations et reprogrammations des services des médecins spécialistes du CH de rattachement.
- [13] Dans une maison d'arrêt où 450 extractions médicales sont pratiquées par an pour 662 demandées, le référent santé de l'ARS rencontré par la mission a identifié que 142 des 212 extractions non réalisées ont été annulées par manque d'escortes de l'administration pénitentiaire ou, lorsqu'elles sont exceptionnellement requises, par manque d'escorte des forces de police.

¹ Le médecin régulateur peut demander l'intervention d'un véhicule de secours médical (SMUR, sapeurs-pompiers ou transport sanitaire privé). Une fois le diagnostic effectué sur place par l'équipe des secours, ceci peut conduire à une extraction vers le service des urgences de l'hôpital. Ces extractions mobilisent une équipe pénitentiaire d'escorte. En outre, dans le cas où le médecin régulateur estime qu'une admission aux urgences est nécessaire mais ne dispose immédiatement pas des équipes SMUR/pompiers pour la réaliser, c'est l'EP qui réalise cette extraction, en recourant soit à un fourgon, soit à un véhicule sanitaire léger (VSL) lorsqu'il en dispose.

- [14] Dans une autre maison d'arrêt, 461 extractions ont été demandées et 287 réalisées. Concernant les 174 extractions annulées :
- 59 l'ont été pour un problème d'escorte de police,
 - 33 pour refus du patient,
 - 27 pour des transferts de personnes détenues sur d'autres établissements,
 - 24 pour annulation par le centre hospitalier ou par l'unité sanitaire,
 - 19 pour libération du patient avant le rendez-vous,
 - 8 pour oubli ou refus de l'administration pénitentiaire.
- [15] Ailleurs, seulement une extraction médicale demandée sur deux est réalisée. Selon les praticiens de l'unité sanitaire, les refus des personnes détenues motiveraient en grand partie ce faible taux de réalisation, notamment du fait que des extractions seraient programmées pendant des parloirs familiaux et les promenades. Il a aussi été rapporté à la mission que des refus de détenus s'expliquaient par leur souhait de ne pas être hospitalisés en UHSI.

Un coût et un impact RH qui méritent d'être affinés

- [16] Malgré un volume d'activité significatif le coût des extractions n'est pas précisément connu de l'administration pénitentiaire.
- [17] Le nombre global d'ETP n'est pas un indicateur de suivi de l'administration pénitentiaire, bien qu'au niveau local la charge en ETP soit convenablement identifiée dans les organigrammes de référence des établissements pénitentiaires. A titre d'exemple, sur les 176 ETP de son organigramme de référence, un centre pénitentiaire visité indique y consacrer 4,88 ETP, soit 2,3 %. Toutefois, ces organigrammes n'ayant pas été partout réactualisés, le nombre global des ETP n'est pas connu.
- [18] A ce suivi des ETP consacrés aux extractions, devrait être ajouté le volume d'heures supplémentaires induites. En effet, la tension pesant sur la réalisation des extractions médicales ainsi que leur déclenchement et leur durée parfois imprévisibles génèrent des heures supplémentaires.
- [19] Enfin, les extractions peuvent avoir des conséquences RH sur les autres métiers de l'administration pénitentiaire : dans les cas d'urgence, ou lorsque l'équipe d'extraction est absente ou en mission, il arrive que les effectifs de surveillants des étages soient « découverts » afin de constituer une escorte. Cet impact sur l'organisation quotidienne de la détention est ressenti comme important par les agents avec lesquels la mission s'est entretenue.

DES MUTUALISATIONS D'EFFECTIFS ET DE MOYENS ONT ETE LOCALEMENT INITIEES

- [20] Lors de ses déplacements, la mission a constaté que des expériences de mutualisation des moyens en termes de ressources humaines étaient menées, lorsqu'il existe notamment une proximité géographique entre UHSA/UHSI et l'établissement pénitentiaire. Ces expériences n'ont pas été, à ce stade, évaluées par l'administration pénitentiaire.

La DISP de Lyon réalise une mutualisation des effectifs des UHSI, des UHSA et des équipes d'extraction d'établissements pénitentiaires

- [21] Les effectifs de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas chargés de la mission d'extraction médicale sont regroupés avec ceux de l'UHSA et de l'UHSI.
- [22] La DISP de Lyon dispose ainsi de trois équipes capables d'assurer ces missions chaque jour en semaine. Le samedi, une seule escorte est disponible, et aucun mouvement n'est possible le dimanche. Ces équipes vont chercher et ramènent les malades dans les prisons et assurent leur escorte pour les examens cliniques, les consultations, les opérations et les hospitalisations de jour.
- [23] Dans une optique de rationalisation, les transferts des établissements pénitentiaires les plus éloignés sont regroupés : une entrée est couplée avec une sortie, deux malades peuvent sortir en même temps si l'un d'entre eux a besoin d'une ambulance.
- [24] Le nombre d'agents composant l'équipage varie selon les besoins de prise en charge. En effet, le problème de rééducation thérapeutique d'un malade incarcéré à proximité est différent de celui d'un bilan d'extension d'un cancer d'un malade incarcéré à plusieurs centaines de kilomètres (Aurillac ou Vesoul pour Lyon). Dans le premier cas, les transports de et vers la prison sont presque « transparents » (ils sont réalisés tôt le matin ou en fin d'après-midi) et aucune escorte n'est mobilisée pendant l'hospitalisation. Dans le second, les transferts mobilisent une équipe durant une journée et les sorties vers le plateau technique de l'hôpital peuvent être pluriquotidiennes. Enfin, l'absence de transfert possible le dimanche fait qu'un malade qui a rendez-vous le lundi matin (essentiellement en bloc opératoire) (quelle que soit sa prison) ou le lundi toute la journée (si sa prison est éloignée) devra être hospitalisé le samedi ou même le vendredi.
- [25] Des difficultés demeurent, nonobstant la mutualisation : Au trajet aller, les refus de certains patients détenus, souvent exprimés au moment où l'équipe d'extractions arrive pour les emmener à l'UHSI, ont un impact négatif d'autant plus important que l'établissement est situé loin de Lyon. Au trajet retour, l'obligation de transporter tous les malades en ambulance qui sortent de l'UHSI a un impact important sur le nombre d'examens qui peuvent être réalisés sur un site donné. En outre, Lyon se trouvant au carrefour des autoroutes du Midi et des Alpes, les périodes de vacances peuvent allonger considérablement les durées de trajets entre l'UHSI et les établissements pénitentiaires, transformant un aller-retour d'une demi-journée en une journée pleine, a fortiori du fait que les effectifs pénitentiaires sont réduits du fait des vacances.

La DISP de Paris a posé les bases d'un pôle d'extractions médicales

- [26] D'un déplacement sur site à l'établissement public national de santé de Fresnes (EPSNF), qui héberge 80 lits d'hospitalisation réservés aux personnes détenues, la mission fait le constat d'une initiative de centralisation des extractions médicales.
- [27] A la faveur d'un transfert de personnel consécutif à la fermeture temporaire de la prison de la Santé, le service d'extractions de l'EPSNF compte 16 agents d'escorte depuis le mois d'août 2014, qui travaillent en quatre équipes assurant au total une amplitude horaire de 6H30 à 19H (deux équipes le matin et deux l'après-midi). En outre, un planificateur, rencontré par la mission, assure la gestion des plannings.
- [28] A la différence des UHSI où les extractions sont assurées par les établissements pénitentiaires d'origine des détenus, à l'hôpital de Fresnes c'est le service d'extraction :
- qui assure l'arrivée et le départ des détenus hospitalisés à l'EPSNF provenant de la DISP de Paris à partir de leur établissement pénitentiaire d'affectation, et effectue l'escorte pour leurs examens lorsqu'ils sont réalisés ailleurs qu'à Fresnes (par ex. imagerie médicale à l'hôpital d'Antony) ;

- qui assure les escortes pour les consultations pour examens réalisés à l'EPSNF des détenus affectés dans les établissements pénitentiaires de Bois d'Arcy, Versailles, Réau et Meaux.

- [29] Pour ce faire, en vue d'une consultation médicale pour examen à l'EPSNF, les secrétariats médicaux des USMP des quatre établissements pénitentiaires concernés par l'initiative complètent au moins une semaine à l'avance un tableau Excel partagé, en remplissant au maximum les créneaux d'une demi-journée organisés par établissement pénitentiaire, un établissement pénitentiaires disposant en moyenne de quatre créneaux d'une demi-journée par mois. S'agissant de la gestion des hospitalisations à l'EPSNF et des examens des détenus hospitalisés à l'EPSNF vers d'autres CH, un autre fichier partagé est complété suivant le même principe.
- [30] La perte de temps dans les établissements pénitentiaires d'origine est limitée puisque les détenus extraits sont conduits vers l'équipe au greffe de l'établissement pénitentiaire d'origine. De même, la centralisation de la planification des consultations réalisées à l'EPNSF, en lien avec les équipes médicales, permet de réduire les temps d'attente pour une consultation. Selon le planificateur de l'équipe, il y a moins d'annulation du fait de refus de personnes détenues du fait des possibilités d'extractions qu'offrent les différents créneaux existants.
- [31] L'avantage de cette centralisation réside dans le fait qu'en ne mobilisant qu'un chauffeur et deux surveillants l'équipe d'extraction de l'EPSNF peut emmener jusqu'à 6 personnes détenues à la fois (capacité maximale du camion) pour des examens. Pour les six premiers mois de 2015, 200 détenus en moyenne ont ainsi été extraits par mois, soit 12 personnes détenues extraites/agent/mois.
- [32] La mission relève que du fait de la proximité des établissements pénitentiaires par rapport à l'EPSNF, spécifique à la région parisienne, le temps de transfert moyen estimé à 45 minutes permet, la plupart du temps, aux équipes du matin et de l'après-midi de réaliser deux extractions par demi-journée. En province, en intégrant un temps moyen de transport de 1H30 à l'aller et 1H30 au retour, une seule extraction serait possible par demi-journée, ce qui limiterait le ratio à 6 personnes détenues extraites/agent/mois.

LES EXTRACTIONS MEDICALES FONT L'OBJET DE PRATIQUES SECURITAIRES SYSTEMATISEES MALGRE LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR

La réglementation relative à la sécurité des extractions médicales

- [33] L'article 803 du Code de procédure pénale énonce que : « *Nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite* ».
- [34] L'article D. 294 du même code précise que « *des précautions doivent être prises en vue d'éviter les évasions et tous autres incidents lors des transfèrements et extractions de personnes détenues. Ces personnes détenues peuvent être soumises, sous la responsabilité du chef d'escorte, au port des menottes ou, s'il y a lieu, des entraves, dans les conditions définies à l'article D. 283-4*».
- [35] L'ancien article D. 283-4 du CPP énonçait que : « *Dans les conditions définies par l'article 803, et par mesure de précaution contre les évasions, les détenus peuvent être soumis au port des menottes ou, s'il y a lieu, des entraves pendant leur transfèrement ou leur extraction, ou lorsque les circonstances ne permettent pas d'assurer efficacement leur garde d'une autre manière.* ».

- [36] Le décret du 30 avril 2013, relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires et pris en application de l'article 86 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (codifié à l'article 728 du CPP), a abrogé cette disposition en la reprenant, quasiment à l'identique, à l'article 7 III, alinéa 3, du règlement intérieur type des établissements pénitentiaires, annexé à l'article R. 57-6-18 du CPP.
- [37] Une coordination a cependant été omise dans le décret du 30 avril 2013, de sorte que la référence à l'article 7 III précité n'a pas été substituée au renvoi à l'article D. 283-4.
- [38] L'ensemble de ces dispositions a été successivement précisé par au moins huit notes et circulaires de la DAP, toujours en vigueur : note DAP du 29 avril 2014 de prévention et gestion des incidents, non communicable ; circulaire JUSK 1340043N du 15 novembre 2013 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues (modifiant la circulaire précitée du 18 novembre 2004) ; note DAP n° 000108 du 18 avril 2011 relative à l'organisation des extractions médicale ; note DAP n° 0321 du 30 juin 2010 relative à l'utilisation des moyens de contrainte lors des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une extraction médicale, non communicable ; note DAP n° 000380 du 2 septembre 2008 relative aux moyens de contrainte ; note DAP n° 000142 du 20 mars 2008 relative au port des menottes et entraves à l'occasion des extractions médicales ; note DAP n° 000289 du 24 septembre 2007 relative aux moyens de contrainte utilisés lors des escortes pénitentiaires de détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.
- [39] Il en résulte que la réglementation est devenue particulièrement complexe et manque de lisibilité.
- [40] La circulaire du 18 novembre 2004 JUSK 0440155CD, relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, précise qu'il appartient aux chefs d'établissement, en considération de la dangerosité du détenu pour autrui ou pour lui-même, des risques d'évasion, et de son état de santé, de définir si le détenu doit ou non faire l'objet de moyens de contrainte, et d'en préciser la nature. L'application de ces dispositions commande de prendre en compte toutes les informations contenues dans le dossier individuel et connues sur l'intéressé. Parmi les éléments d'appréciation pouvant justifier le recours aux menottes ou aux entraves, figurent la longueur de la peine encourue ou subie, le régime de détention, l'importance du reliquat de la peine, l'existence d'incidents disciplinaires récents et leur degré de gravité, la présence d'antécédents révélant une personnalité dangereuse.
- [41] Une note du directeur de l'administration pénitentiaire de 2007 à l'attention des directeurs interrégionaux rappelle avec insistance l'obligation d'individualiser les mesures de sécurité : « *Je vous demande de rappeler au personnel placé sous votre autorité que le port des moyens de contraintes doit systématiquement faire l'objet d'une appréciation individualisée.* ».
- [42] De même, la note du 29 avril 2014 de la directrice de l'administration pénitentiaire invite au discernement dans la définition du niveau d'escorte requis : « *Le niveau d'escorte est évalué par rapport au profil de la personne détenue, notamment au regard des risques d'évasion qu'elle présente. Tout incident survenant en détention ne doit pas systématiquement donner lieu à l'élévation du niveau d'escorte (ex : bagarre sans gravité entre personnes détenues)* ».
- [43] Les notes successives des 20 mars 2008, 5 mars 2012 et 29 avril 2014 ont défini des niveaux d'escorte, évalués par rapport au profil de la personne détenue. Pour chaque personne détenue, le chef d'établissement, l'un de ses adjoints ou un chef de service pénitentiaire ayant reçu délégation à cet effet définit, lors de son arrivée à l'établissement, le niveau de sécurité de son escorte.
- [44] Ce classement peut évoluer en cours de détention en fonction de la situation pénale et pénitentiaire de l'intéressé. Le classement est une simple indication qui doit être complétée au vu des éléments d'actualité au moment où s'effectue l'extraction.

- [45] Le niveau d'escorte doit être distingué du niveau de surveillance au sein de l'hôpital lors des consultations qui s'y déroulent. Les notes du 18 novembre 2004 et du 24 septembre 2007 distinguent trois niveaux de surveillance (I, II et III), avec présence ou non du personnel pénitentiaire et application ou non des moyens de contrainte.

Les quatre niveaux de sécurité des escortes

- [46] Escorte 1 : La personne détenue a un comportement correct en détention et/ou une date de libération proche et/ou est bénéficiaire de permissions de sortir. La personne détenue peut être extraite sans moyens de contrainte et la surveillance durant les consultations est de niveau I (se déroulant hors la présence du personnel pénitentiaire sans moyen de contrainte) ;
- [47] Escorte 2 : La personne détenue présente un comportement agressif et/ou une date de libération lointaine et/ou est prévenue pour des faits de nature criminelle et/ou s'est signalée défavorablement en détention. Les moyens de contrainte sont adaptés (menottes et entraves) et la surveillance pendant une consultation médicale est de niveau II ou de niveau III (la consultation se déroule sous la surveillance du personnel pénitentiaire, respectivement sans, ou avec moyens de contrainte). Lorsque les moyens de contrainte doivent être retirés à la demande du personnel médical pour la réalisation d'un examen (par exemple lors d'une IRM), le recours à des menottes à usage unique (type Serflex) est recommandé ;
- [48] Escorte 3 : Ce niveau d'escorte est limité aux personnes détenues dont le profil requiert une sécurisation particulière lors des extractions. Il en est ainsi des personnes détenues inscrites au répertoire des DPS et/ou incarcérées pour des faits de terrorisme et/ou présentant un risque grave de trouble à l'ordre public. L'escorte pénitentiaire peut alors être renforcée par des agents armés, notamment les forces de sécurité intérieure, qui positionnent les moyens humains et matériels nécessaires à la mission. Les moyens de contrainte sont renforcés (l'utilisation de la ceinture abdominale est privilégiée) et le niveau de surveillance III s'applique pendant les consultations médicales (consultation sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec moyens de contrainte) ;
- [49] Escorte 4 : le niveau d'escorte 4 concerne les personnes détenues pour lesquelles un dispositif particulier est mis en œuvre en étroite collaboration avec les services de la préfecture et des forces de sécurité intérieure pour chacune des sorties de l'établissement pénitentiaire de l'intéressé. Ce niveau d'escorte n'est prescrit qu'exceptionnellement pour des personnes détenues au profil très spécifique, telles que par exemple, une personne détenue inscrite au répertoire des DPS, bénéficiant d'un soutien extérieur important, ayant son actif une évasion réussie avec complicité armée extérieure. Les moyens de contrainte sont renforcés et la surveillance de niveau III est toujours prescrite (consultation sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec moyens de contrainte). Il est rappelé que l'utilisation de la chaîne de conduite associée à la ceinture abdominale apparaît être le moyen le plus adapté pour prévenir toute velléité d'évasion par surprise et empêcher la personne détenue d'effectuer des mouvements précipités, tel qu'un départ de course.
- [50] Ainsi la loi, les décrets et les circulaires successives imposent d'ores et déjà une appréciation au cas par cas des situations et l'on peut relever que le Conseil d'État dans sa décision du 30 mars 2005 a validé la circulaire du 18 novembre 2004 dans la mesure, et dans la mesure seulement, où elle rappelait l'impératif d'individualisation. Or, nonobstant l'existence de ces dispositions affirmant le principe de l'individualisation, la pratique demeure celle de l'utilisation de moyens de contrainte de façon quasi systématique.

ANNEXE 8 : APPLICATION DES NOUVELLES DISPOSITIONS DE LA LOI DU 15 AOÛT 2014 SUR LA SUSPENSION DE PEINE POUR MOTIF PSYCHIATRIQUE

- [1] La loi du 15 août 2014 a précisé que l'état de santé durablement incompatible avec la détention, qui justifie, sauf en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction, la mise en liberté ou la suspension de peine comprend non seulement les problèmes physiques mais également les problèmes mentaux.
- [2] Ces nouvelles dispositions, outre qu'elles ont encore mal connues sur le terrain, sont difficiles à appréhender par les acteurs de la santé ou de la justice. A cet égard, on peut relever que le groupe de travail sur les aménagements et la suspension de peine, s'il a préconisé l'introduction dans la loi de la suspension de peine pour troubles psychiatriques, n'a que très peu abordé cette question de l'incompatibilité durable de l'état de santé mentale avec la détention dans le corps de ses travaux, qui portent quasi exclusivement sur la fin de vie et l'incompatibilité de la détention avec l'état somatique (y compris, il est vrai, la démence sénile et les troubles neurologiques).
- [3] Le concept d'incompatibilité durable de l'état de santé mentale mériterait d'être explicité, de même qu'il conviendrait de poser le principe selon lequel l'incompatibilité doit s'apprécier au regard des conditions de détention en détention ordinaire et non en UHSA où la prise en charge médicale est satisfaisante.
- [4] En effet, la vocation des UHSA n'est a priori pas de devenir un lieu d'exécution de peine aménagée pour malades mentaux. Or, lors de ses visites ou échanges avec des médecins psychiatres, la mission a eu connaissance de situations de personnes détenues séjournant depuis plusieurs mois en UHSA, et ceci sans aucune perspective, selon les médecins, de retour en détention ordinaire : un condamné criminel à une très longue peine atteint de schizophrénie hospitalisé depuis deux ans, une femme très âgée atteinte de démence avancée, prévenue dans une affaire d'homicide sur son mari, ou encore un détenu cérébro-lésé condamné pour le meurtre de sa mère et hospitalisé à l'UHSA depuis sa détention provisoire, soit depuis plus de quatre ans.
- [5] L'autre situation fréquemment observée est celle des allers-retours réguliers et prévisibles entre l'établissement pénitentiaire et l'UHSA, la personne voyant inmanquablement, après quelques semaines passées en détention ordinaire son état psychiatrique à nouveau s'aggraver. Il convient à cet égard de rappeler que la CEDH, dans un arrêt du 23 février 2012, a condamné la France pour traitements inhumains et dégradants en considérant que les allers et retours entre structures de soins et détention ordinaire (12 placements en SMPR et 7 placements en UMD) d'une personne schizophrène particulièrement vulnérable, avant qu'elle ne soit déclarée pénalement irresponsable par une cour d'assises d'appel, avaient fait obstacle à sa stabilisation et généré une anxiété incompatible avec la détention.
- [6] Par ailleurs, la loi du 15 août 2014, mettant terme à des interprétations divergentes, a prévu expressément que la suspension de peine pour raison médicale ou la libération d'un prévenu pour raison médicale, ne peuvent être prononcées pour les personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement. Or, cette impossibilité de prononcer une suspension ou une libération lorsque la personne détenue est hospitalisée sans consentement, n'est pas toujours comprise et mériterait d'être réexplicite dans ses fondements et finalités.

- [7] En effet, s'il s'agit de garantir l'absence de libération des personnes présentant un danger pour autrui, cet objectif est susceptible d'être atteint par la disposition qui soumet la libération à l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction. S'il s'agit, comme cela a été avancé, de ne pas porter préjudice à la personne détenue en permettant que son temps de soins sous contrainte -associé ipso facto à une privation de liberté- soit comptabilisé sur le temps de la peine à exécuter, il conviendrait d'évaluer la mise en œuvre concrète de ce dispositif binaire, ainsi que son adaptation aux réalités des parcours de soins, des durées d'hospitalisation sous contrainte et des nouvelles données de la psychiatrie médico-légale.

PIECE-JOINTE N°1

L'ETAT DE SANTE DES PERSONNES DETENUES

EXTRAIT DU DOCUMENT PREPARATOIRE AU BILAN DU PLAN D' ACTIONS STRATEGIQUES 2010-2014, DGS, SEPTEMBRE 2015

Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies

- [1] Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04 % pour le VIH et 4,2 % pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23 % et 0,84 %. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3 % de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20.
- [2] L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de 91,7/105 en milieu carcéral versus 8,9/105 d'incidence nationale).
- [3] Le handicap est fréquent : avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus fréquentes en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition. Près d'un détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison d'un problème de santé, 7,6 % des personnes détenues versus 6,7 % des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité. Un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensés.
- [4] La mortalité par suicide est très élevée à 19/10000 détenus en 2008, les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicides est en augmentation de 109 en 2008 à 115 en 2009. Le calcul du taux de suicide chez les personnes détenues pose toutefois des problèmes méthodologiques.
- [5] Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope) 5, 30 % des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool.
- [6] La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution oral est en augmentation constante ; 2 % en 1998, 3,3 % en 1999, 5,4 % en 2001, 6,6 % en 2004 et 11 % en 2006.
- [7] La couverture vaccinale est mal connue. Selon l'étude de la DREES 2003 seuls 3 entrants sur 10 déclarent avoir eu une vaccination HBV complète.
- [8] Enfin la santé mentale des personnes détenues est particulièrement fragile avec une estimation de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale).

Des besoins de santé liés aux caractéristiques socio-démographiques

- [9] Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des détenus avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des détenus se déclaraient illettrés. En 2008, 10,2 % des détenus étaient en situation d'illettrisme. Cette population avait, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération.
- [10] À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri. Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivaient en prison un enseignement du premier degré.
- [11] Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique) peuvent présenter des besoins liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération

- [12] Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des entrants en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.
- [13] Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psycho actifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que mentale.
- [14] Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (octobre 2000) a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment pour les mineurs et en cas d'automutilation à répétition.
- [15] La mortalité par suicide est très élevée ; 19/10 000 détenus en 2008. Les personnes détenues se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans.
- [16] Les données récentes montrent une augmentation des actes auto agressifs dans les établissements pénitentiaires : 2 599 tentatives de suicides et 2 426 automutilations ont été comptabilisées en 2009 (contre respectivement 1 699 et 2 187 en 2008). Les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé concernent principalement les maisons d'arrêts.

Des besoins croissants compte-tenu de l'évolution démographique

- [17] L'impact du vieillissement progressif de la population carcérale sur son état de santé justifie d'être étudié. Au 1er janvier 2010, 7 677 personnes détenues (11,6 %) avaient plus de 50 ans dont 2.356 plus de 60 ans (3,2 % en 2002 et 1 % 10 ans plus tôt). On peut en effet estimer que cette tendance génère des besoins dans le domaine de maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), majorés par les consommations (alcool tabac).

- [18] Les besoins de santé spécifiques de certains groupes, bien que peu représentés en proportion, tels ceux propres aux mineurs et aux femmes détenues, nécessitent d'être pris en compte. Concernant les femmes, les données épidémiologiques montrent qu'elles présentent des prévalences souvent plus fortes que les hommes pour nombre de pathologies, en particulier troubles psy et addictions. Concernant les mineurs, s'il n'existe pas d'étude particulière sur leur état de santé, l'étude INSERM « la santé des jeunes de 14 à 21 ans pris en charge par le secteur public de la PJJ » montre qu'ils leurs parcours sous mandat judiciaire cumulent un certain nombre de caractéristiques.

PIECE-JOINTE N°2 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ARS

Ce questionnaire s'adresse au référent « santé des détenus ». IL concerne la déclinaison régionale des actions du plan national 2010 - 2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Il prend en compte la diversité des populations (AICS, femmes, mineurs, personnes âgées) et, souhaite éclairer les évolutions dans le temps.

Il aborde :

- les 38 actions du plan stratégique 2010-2014,*
- l'animation et l'organisation de sa déclinaison sur votre territoire,*
- les instances de suivi,*
- l'évaluation des protocoles locaux et des actions mises en œuvre.*

1. ANIMATION

- a. Quel est votre interlocuteur privilégié à l'administration centrale ? (Nom, direction).
- b. A quelle(s) occasion(s) êtes-vous en rapport ? (Contact téléphonique, courriels, rencontres).
- c. Avez-vous participé à des réunions nationales ?
- d. Avec quel(s) homologue(s) de la DISP êtes-vous en contact ?
- e. quelle périodicité ? Selon quelle(s) modalité(s) ? L'avez-vous rencontré(e) ?
- f. En 2014 (ou votre prédécesseur) avez-vous eu l'occasion de vous déplacer dans des unités sanitaires, UHSI, UHSA, SMPR et CH comportant des chambres sécurisées ? Si oui, merci de préciser les lieux et les circonstances.

2. INSTANCES DE SUIVI

3.

- a. La commission régionale « santé-justice » se réunit elle? Si oui, selon quelle périodicité ?
- b. Des colloques ou des formations sur le sujet de la santé des détenus ont-ils été organisés?
- c. Participez-vous aux commissions de suivi UHSI ? Aux commissions de suivi UHSA ?
- d. Participez-vous aux conseils d'évaluation des EP ?
- e. La « santé des détenus » est-elle à l'ordre du jour de ces conseils d'évaluation ?
- f. S'agissant des CPU des EP, existe-t-il des freins à la participation des personnels de santé des US ?

- g. Les « comités de coordination » entre les CH et les établissements pénitentiaires (EP) sont-ils organisés ? selon quelle périodicité ?
- h. Y participez-vous ? êtes-vous destinataire des comptes-rendus ?
- i. Organisez-vous un suivi des évènements survenus dans les EP relatifs à la santé et aux décès des détenus (suicide, mort naturelle, plaintes...).
- j. Par quel(s) moyen(s) (fiches-type... : nous la fournir dans ce cas)?

4. EVALUATION DES DOCUMENTS ET PROTOCOLES LOCAUX

- a. Les US/ les SMPR sont-ils mentionnés dans les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et les CH ?
- b. Combien de protocoles-cadres ont-ils été conclus entre les CH et les EP du ressort de l'ARS dans le cadre de la réactualisation ? Existe-t-il des freins et si oui de quelle nature ?
- c. Des associations sont elles impliquées dans la mise en œuvre des actions ? Si oui, lesquelles ?

5. DECLINAISON DU PLAN STRATEGIQUE 2010-2014

- a. D'une manière générale, le plan stratégique fournit-il un cadre opératoire à votre action ? Qu'en est-il pour le guide méthodologique ?
- b. Parmi les actions de ce plan, lesquelles ont reçu une déclinaison régionale ? (Lister les numéros)

AXE 1

- c. Des études relatives à l'état de santé des détenu(e)s ont-elles été menées? Si oui lesquelles ?
- d. Les informations relatives à l'examen médical d'entrée des détenus sont-elles recueillies sur un document harmonisé (notamment via une fiche-type : nous la fournir dans ce cas) ? Sont elles anonymisées en vue d'un recueil d'informations ?

AXE 2

- e. Des actions de prévention/éducation relatives à la santé des détenus ont-elles été menées sur le ressort de l'ARS? Si oui lesquelles ?
- f. Disposez-vous d'indicateurs(en %) ou d'informations sur les taux de dépistage VIH, hépatite, cancers?
- g. Disposez-vous d'indicateurs (en %) ou d'informations sur l'effectivité de l'examen bucco-dentaire lors de l'examen médical d'entrée des détenus et sur les soins mis en place ?

AXE 3

- h. Y a-t-il des mentions particulières sur la santé des détenus dans les documents de programmation et de pilotage élaborés par l'ARS (nous fournir les extraits) ?
 - i. PRS (plan régional de santé)
 - ii. SRP (schéma régional de prévention)

- iii. SROS (schéma régional d'organisation des soins) SROMS (schéma régional d'organisation medico sociale)
 - iv. Programme régional de gestion du risque (avec assurance-maladie)
 - v. PRIAC (programmation médico-sociale personnes âgées et handicapées)
 - vi. PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis)
 - vii. Programme de télémédecine
- i. S'agissant de la prise en charge de la santé mentale des détenus, les capacités en soins ambulatoires et en hospitalisation sont-elles adaptées ? Précisez pour quelle(s) raison(s).
 - j. S'agissant de la prise en charge somatique des détenus, les capacités en soins ambulatoires et en hospitalisation sont-elles adaptées ? Précisez pour quelle(s) raison(s).
 - k. L'informatisation des dossiers médicaux des détenus dans les US est-elle effective ?
 - l. La prise en charge des urgences médicales est-elle organisée ? Pose t elle des difficultés particulières ?
 - m. Avez-vous connaissance d'incidents ou de dysfonctionnements ?
 - n. Des protocoles sont-ils signés entre les EP et le 15 (ou autre..) ?
 - o. Des plaintes de détenus relatives à la santé ou l'hygiène vous sont-elles transmises ? Comment les traitez-vous ?
 - p. S'agissant des addictions, l'organisation des relations avec les CSAPA est-elle organisée (convention CPAM-EP-CH ou autre), et effective ?
 - q. Avez-vous repéré les problèmes liés à la prise en charge du handicap, du vieillissement, de la fin de vie des détenus ? Ces problématiques font elles l'objet d'actions spécifiques ? sont-elles prises en compte dans les réflexions ?
 - r. La continuité des soins à leur sortie de la détention est elle organisée ? Vous semble t elle efficiente ?

AXE 4 L'accès et la continuité des droits sociaux à leur sortie sont ils organisés? Si oui, avec quels outils ? (Notamment conventions-cadre entre les EP et les caisses) ?

AXE 5

- s. Des actions de formation des professionnels de santé en milieu pénitentiaire ont-elles été organisées?

AXE 6

Des inspections des unités sanitaires ont-elles été menées ? si oui, où et quand ?

6. Le référent « Santé des détenus »

- a. Décrivez-vous (titulaire/contractuel, corps d'origine, catégorie).
- b. A quel service de l'ARS êtes-vous rattaché(e) ?

- c. Depuis combien de temps êtes-vous désigné(e) « référent(e) santé détenus » ?
- d. Une fiche de poste ou une lettre de mission définit-elle vos fonctions de référent (oui/non) ?
- e. Combien de temps (en ETP) consacrez-vous à cette fonction ?
- f. Avez-vous reçu une formation spécifique à cette fonction ?
Notamment sur le milieu carcéral ?
- g. Quelles sont les problématiques de santé des détenus qui vous paraissent émerger et nécessiter une réponse en termes de politique publique pour les années à venir ?

PIECE-JOINTE N°3 :

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DISP

Ce questionnaire s'adresse au référent « santé » de la DISP. Il concerne la déclinaison régionale des actions du plan national 2010 - 2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

IL prend en compte la diversité des populations (AICS, femmes, mineurs, personnes âgées) et souhaite éclairer les évolutions dans le temps.

IL aborde :

- Les 38 actions du plan stratégique 2010-2014,
- L'animation et l'organisation de sa déclinaison sur votre territoire,
- Les instances de suivi,
- L'évaluation des protocoles locaux et des actions mises en œuvre.

1. ORGANISATION

- 1.1 Décrivez-vous (titulaire/contractuel, corps d'origine, catégorie) :
- 1.2 A quel service de la DISP êtes-vous rattaché(e) ?
- 1.3 Depuis combien de temps êtes-vous désigné(e) « référent(e) santé détenus » ?
- 1.4 Une fiche de poste définit-elle vos fonctions de référent (oui/non) ?
- 1.5 Une lettre de mission définit-elle vos fonctions de référent (oui/non) ? Si oui la fournir
- 1.6 Combien de temps (en ETP) consacrez-vous à ces fonctions ?
- 1.7 Avez-vous eu une formation à ces fonctions ? Effectué des stages en milieu hospitalier/sanitaire ?

2. ANIMATION

- 2.1 Quel est votre interlocuteur privilégié à l'administration centrale. A quelle(s) occasion(s) êtes-vous en rapport ? Quelle(s) directives recevez-vous de la centrale ?
 - 2.2 Avec quel(s) homologue(s) des ARS êtes-vous en contact ? Y-a-t-il des différences dans la gestion de vos relations avec vos interlocuteurs des différentes ARS du ressort de la DI ?
 - 2.3 A quelle périodicité ? Selon quelle(s) modalité(s) ? Les avez-vous rencontré(e)s ?
 - 2.4 En 2014 (ou votre prédécesseur) avez-vous eu l'occasion de vous déplacer dans des US, UHSI, UHSA, SMPR et chambres sécurisées de CH ? Si oui, préciser les lieux et les circonstances.
- Participation aux comités régionaux et locaux*
- 2.5 Une commission régionale « santé-justice » s'est-elle tenue en 2014 ? Des colloques ou des formations sur le sujet de la santé des détenus ont-ils été organisés ?
 - 2.6 Participez-vous aux commissions de suivi UHSI ? Aux commissions de suivi UHSA ?
 - 2.7 Participez-vous aux conseils d'évaluation des EP ? Le volet « santé des détenus » y est-il évoqué ?
 - 2.8 S'agissant des CPU des EP, existe-t-il des freins à la participation des personnels des US ?
 - 2.9 Les « comités de coordination » entre les CH et les EP sont-ils régulièrement organisés ? Y participez-vous et sinon êtes-vous destinataire des comptes rendus ?
 - 2.10 Effectuez-vous un suivi des événements survenus dans les EP relatifs à la santé des détenus (suicide, décès, plainte...). Par quel(s) moyen(s) (fiches-type... : nous la fournir dans ce cas) ?
- Evaluation des documents et protocoles locaux*
- 2.11 Dans le cadre de la réactualisation combien de protocoles-cadres ont-ils été conclus entre les CH et les EP du ressort de la DISP ? Existe-t-il des freins et si oui de quelle nature ?

3. DECLINAISON LOCALE DU PLAN D'ACTION STRATEGIQUES 2010-2014

3.1 D'une manière générale, de quelle manière le plan stratégique fournit-il un cadre opératoire à votre action ? Qu'en est-il à cet égard pour le guide méthodologique ?

3.2 Parmi les actions de ce plan, lesquelles ont reçu une déclinaison régionale (Lister leurs numéros)?

AXE 1

3.3 Des études relatives à l'état de santé des détenus ont-elles été menées sur le ressort de la DISP les trois dernières années ? Si oui lesquelles ?

3.4 Les informations relatives à l'examen médical d'entrée des détenus sont-elles recueillies sur un document harmonisé (notamment via une fiche-type : nous la fournir dans ce cas) ? Sont-elles exploitées en vue d'obtenir un état des lieux de la santé des détenus ?

AXE 2

3.5 Des actions de prévention/éducation relatives à la santé des détenus ont-elles été menées sur le ressort de la DISP les trois dernières années ? Si oui lesquelles ? Combien de comités de prévention ont-ils été mis en place ?

3.6 Disposez-vous d'indicateurs sur les taux de dépistage VIH, hépatite, cancers (en %) ?

3.7 Disposez-vous d'indicateurs sur l'effectivité de l'examen bucco-dentaire lors de l'examen médical d'entrée des détenus et sur les soins mis en place ? (en %)

AXE 3

3.8 S'agissant de la prise en charge de la santé mentale des détenus, les capacités en SMPR et/ou en UHSA vous paraissent-elles adaptées ? Précisez pour quelle(s) raison(s)

3.9 S'agissant de la prise en charge somatique des détenus, les capacités en soins ambulatoires et en unités d'hospitalisation vous paraissent-elles adaptées ? Précisez pour quelle(s) raison(s)

3.10 L'informatisation des dossiers médicaux des détenus dans les US est-elle effective ?

3.11 La prise en charge des urgences médicales est-elle adaptée ? Avez-vous connaissance d'incidents ? Des protocoles ont-ils été signés entre les EP et le 15 (ou autre..) ?

3.12 Des plaintes de détenus relatives à la santé/l'hygiène vous sont-elles transmises ? Comment les traitez-vous ?

3.13 S'agissant des addictions, l'organisation des relations avec les CSAPA est-elle organisée (conventions CPAM-EP-CH ou autre), et effective ?

3.14 Avez-vous repéré les problèmes liés à la prise en charge du handicap, du vieillissement, de la fin de vie des détenus ? Ces problématiques font-elles l'objet d'actions spécifiques ?

3.15 Y-a-t-il eu depuis l'entrée en vigueur des articles 50 et 51 de la loi 2014-896 du 15 août 2014 des décès de personnes détenues alors qu'une demande de suspension de peine pour raison médicale était en cours ? Y-a-t-il à votre connaissance des personnes détenues pour lesquelles la demande de suspension de peine pour raisons médicales n'est pas faite, faute d'hébergement à la sortie ou pour lesquelles la suspension de peine, prononcée sous condition d'un hébergement à la sortie, n'est pas exécutée ? Combien de personnes sont concernées ?

3.16 Les détenus bénéficient-ils d'un dispositif visant à assurer la continuité des soins à leur sortie ?

AXE 4

3.17 Des permanences sont-elles organisées dans les EP pour informer les détenus sur leurs droits ? Si oui par qui ?

3.18 A votre connaissance, quelles sont les principales demandes en matière de droits sociaux des détenus ?

3.19 Les détenus bénéficient-ils d'un dispositif visant à assurer la continuité de leurs droits sociaux (RSA, AAH) à leur entrée ? À leur sortie ? Quel est le rôle le du SPIP dans cette fonction ?

3.20 S'agissant de la prise en charge de la dépendance et du handicap des détenus, disposez-vous d'un recensement des détenus bénéficiant de l'APA et de la PCH ? Ces droits sont-ils concrètement mis en œuvre via l'intervention d'auxiliaires de vie intervenant dans les EP ?

AXE 5

3.21 De quelle(s) manière(s) une sensibilisation/formation des personnels pénitentiaires aux problématiques de la prise en charge sanitaire des détenus est-elle assurée ?

AXE 6

3.22 Des actions d'inspection des unités sanitaires ont-elles été menées ces trois dernières années ?

4. QUESTION PROSPECTIVE

Quelles sont les problématiques de santé des détenus qui vous paraissent émerger et nécessiter une réponse en termes de politique publique ?

SIGLES UTILISES

AICS : auteur d'infraction à caractère sexuel
ACOSS : agence de collecte des organismes de sécurité sociale
ACS : aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire
ADF : assemblée des départements de France
ADMR : aide à domicile en milieu rural
ANAP : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP : administration pénitentiaire
AME : aide médicale d'Etat
ANAP : agence nationale de l'appui à la performance
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARS : agence régionale de santé
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCAS-CICAS : centre communal d'action sociale- centre intercommunal d'action sociale
CEDH : cour européenne des droits de l'Homme
CGLPL : contrôleur général des lieux privatifs de liberté
CH : centre hospitalier
CHS : centre hospitalier spécialisé en psychiatrie
CI : comité interministériel
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CMU : couverture maladie universelle
CMU-C : couverture maladie universelle- complémentaire
COG : convention d'objectifs et de gestion
COPIL : comité de pilotage
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPIP : conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP : code de procédure pénale
CRIAVS : centres ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle
CSP : code de la santé publique
CSS : code de la sécurité sociale
DACG : direction des affaires criminelles et des grâces
DAP : direction de l'administration pénitentiaire
DDD : défenseur des droits
DG ARS : directeur général de l'agence régionale de santé
DGS : direction générale de la santé
DGCS : direction générale de la cohésion sociale
DGOS : direction générale de l'organisation des soins
DISP : direction interrégionale des services pénitentiaires
DPJJ : direction de la protection judiciaire de la jeunesse
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP : équivalent temps plein
FIVA : fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FJH : forfait journalier hospitalier
HAS : haute autorité pour la santé
HCSP : Haut conseil de la santé publique
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGSJ : Inspection générale des services judiciaires
ISP : Inspection des services pénitentiaires
JAP : juge de l'application des peines
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

MAS : maison d'accueil spécialisée
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MILDECA : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MIG : mission d'intérêt général
MIGAC : mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
MISP : médecin inspecteur de santé publique
OMS : organisation mondiale pour la santé
OSSD : observatoire des structures de santé des personnes détenues
PAP : projet annuel de performance
PCH : prestation de compensation du handicap
PPSMJ : personne placée sous main de justice
PRS : plan régional de santé
SMPR : service médico-psychologique régional
SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SSAD : service de soins à domicile
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : service de soins de suite
T2A : tarification à l'activité
TM : ticket modérateur
UCSA : unité de consultation et de soins aménagée
UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
UNA : union nationale de l'aide des soins et des services aux domiciles
US : unité de soins
USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire