

Livre 4

ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

- CAHIER 1 ▶ PRISE EN CHARGE DES MALADIES TRANSMISSIBLES** **P. 233 > 267**
CHAPITRE 1 – Maladies à prévention vaccinale
CHAPITRE 2 – Maladies à déclaration obligatoire
CHAPITRE 3 – Maladies infectieuses sans déclaration obligatoire
CHAPITRE 4 – Prévention et réduction des risques infectieux
- CAHIER 2 ▶ PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES** **P. 269 > 277**
- CAHIER 3 ▶ PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES** **P. 279 > 289**
- CAHIER 4 ▶ PRÉVENTION, REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DU SUICIDE** **P. 291 > 305**
- CAHIER 5 ▶ PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL (AICS)** **P. 307 > 320**
- CAHIER 6 ▶ PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTEES ET DES ENFANTS** **P. 321 > 329**
- CAHIER 7 ▶ PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES** **P. 331 > 346**
- CAHIER 8 ▶ PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES** **P. 347 > 378**

CAHIER 1

PRISE EN CHARGE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

P. 233 > 267

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

CHAPITRE 1

MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE

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

FICHE 1

VACCINATIONS

1 - RECOMMANDATIONS VACCINALES

Les recommandations vaccinales sont élaborées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et synthétisées dans le calendrier vaccinal.

Le séjour en détention représente donc une opportunité pour proposer les vaccinations recommandées pour les mineurs et les adultes, voire pour initier une vaccination en fonction de risques particuliers, et poursuivre le suivi des vaccinations obligatoires chez les mineurs. À la mise à jour des vaccinations au moment de la visite d'entrée, il faut associer ultérieurement une attention particulière aux personnes âgées ou à risque, pour leur faire bénéficier des vaccinations antigrippale, anti-pneumococcique, anti-méningococcique, anti-hépatites.

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

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

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

2 - CALENDRIER VACCINAL

Le calendrier vaccinal est actualisé tous les ans en fonction des nouvelles recommandations du HCSP. Il est publié sur le site du ministère chargé de la Santé¹ au premier trimestre de chaque année, accompagné de tableaux synoptiques pour les adultes, les enfants et les adolescents. En outre un nouveau site d'information globale sur la vaccination est accessible depuis mars 2017 : <http://vaccination-info-service.fr>

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

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

3 - FOURNITURE DES VACCINS

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

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

1. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf

CHAPITRE 2

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Cette transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire est prévue réglementairement¹.

La liste des maladies à déclaration obligatoire avec, pour chaque maladie, la fiche de déclaration et un dossier thématique figure sur le site de l'ANSP². La plupart requièrent un signalement immédiat pour une intervention urgente auprès de la plate-forme de veille et de gestion des urgences sanitaires de l'ARS.

La liste des maladies retenues ci-après tient compte des maladies transmissibles particulièrement prévalentes en détention et/ou nécessitant des actions coordonnées avec les personnels pénitentiaires. Ce en vue d'intervenir sur l'environnement et/ou en lien avec le médecin de prévention pour mettre en œuvre des mesures de prévention, de dépistage ou de prophylaxie.

Dans certains cas de pathologies infectieuses au long cours, chez des personnes mineures, un projet d'accueil individualisé peut être initié ou poursuivi.

1. Art. L. 3113-1 du CSP.

2. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/Liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>

LA TUBERCULOSE

I - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

L'incidence de la tuberculose en milieu carcéral est plus élevée qu'en population générale³, d'une part, du fait des caractéristiques de la population, qui cumule divers facteurs de risque (situation de précarité, moindre accès à la prévention et aux soins avant l'incarcération, personnes originaires de pays de forte endémie, **prévalence du virus de l'immunodéficience humaine [VIH] six fois plus élevée qu'en milieu libre**⁴) et, d'autre part, des conditions de vie en détention, qui favorisent la transmission de cette bactérie par voie aérienne.

Les personnes étant en prison au moment de la déclaration d'une tuberculose représentaient 1,4 % de tous les cas déclarés en France en 2013 (61 cas dont 53 cas avec une atteinte pulmonaire, donc potentiellement contagieux)⁵. Ce nombre est resté relativement stable ces 12 dernières années. Les dernières données montrent que la tuberculose en prison concerne essentiellement des hommes (94 %), plutôt jeunes (âge médian de 31 ans).

Les cas de tuberculose en prison concernent particulièrement deux régions : l'Île-de-France (37 %) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (8 %) (données 2011-2013)⁶.

En France, l'incidence de la tuberculose en population générale est de 7,5 pour 100 000 habitants (chiffres 2014, *BEH* n° 9-10, 24 mars 2015), mais connaît des disparités importantes entre les régions, les taux de prévalence générale les plus élevés étant relevés en Guyane (24,1) et en Île-de-France (14,9)⁷.

La tuberculose multirésistante constitue un risque émergent. En France, cette forme de tuberculose, souvent transmise en milieu carcéral dans les pays de l'ex-URSS, touche avant tout les personnes ayant déjà été traitées pour tuberculose, les sujets au contact de malades avec tuberculose multirésistante ou les personnes provenant de pays de forte incidence de tuberculose multirésistante. Parmi ces pays, on trouve tous les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, l'Afrique du Sud ainsi que, dans une moindre mesure, les pays d'Asie et d'Afrique subsaharienne. Cette multirésistance est néanmoins présente dans le monde entier.

3. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_3.html

4. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar, *BEH* n° 35/36, 2013 (<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-35-36-2013>).

5. Données InVS.

6. Une étude réalisée dans les maisons d'arrêt en Île-de-France en 2007 a fait ressortir une prévalence de 107 cas de tuberculose pour 100 000 détenus. Cette étude a montré que la prise en charge de la maladie (diagnostic et traitement) et la prévention (isolement et port de masques) semblaient conformes aux bonnes pratiques. Néanmoins, elle a souligné que le suivi de la prise en charge, à la sortie de prison, était insuffisant.

7. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Tuberculose/Donnees-epidemiologiques>

La lutte antituberculeuse repose sur les principes suivants, qui s'appliquent au milieu pénitentiaire :

- dépistage et traitement précoce des cas de tuberculose maladie (dépistage ciblé dans les populations à risque) ;
- isolement des cas contagieux, suivi rigoureux et adaptation de la prise en charge des cas de tuberculose maladie ;
- suivi de l'observance des traitements et déclaration des « issues de traitement » pour prévenir l'émergence de souches multirésistantes ;
- signalement immédiat des cas de tuberculose maladie et déclenchement de la recherche des sujets contacts, pour dépistage et prise en charge ;
- information immédiate du chef de l'établissement pénitentiaire ;
- traitements des infections tuberculeuses latentes récentes (moins de 2 ans), le plus souvent diagnostiquées au cours d'une enquête autour d'un cas et, dans certaines situations particulières, quelle qu'en soit l'ancienneté (enfants de moins de 15 ans notamment) ;
- vaccination des enfants par le BCG selon certaines indications (cf. calendrier vaccinal).

Les centres de lutte contre la tuberculose (CLAT)

Dans chaque département, un CLAT est chargé de l'organisation du dépistage, de la coordination de la démarche d'investigation, de la prise en charge des sujets contacts et de la prise en charge gratuite des cas de tuberculose maladie, lorsque c'est nécessaire. Pour l'organisation du dépistage des entrants, l'USMP et le CLAT doivent coordonner leurs interventions.

Les CLAT ont également une mission d'information sur la tuberculose. Dans les établissements pénitentiaires, une information peut être organisée en collaboration avec le CLAT, dans le cadre du programme d'éducation pour la santé. En cas d'enquête autour d'un cas survenu dans l'établissement pénitentiaire, le CLAT participe à l'information des personnes, en collaboration avec l'USMP, la médecine du travail et la direction de l'établissement.

Pour soutenir la continuité des soins à la sortie, ils peuvent délivrer des médicaments gratuitement à la sortie.

Depuis 2006⁸, les services de l'État ont repris les compétences antérieurement dévolues aux conseils généraux. Pour cette mission de lutte antituberculeuse, ils doivent soit passer une convention avec le conseil général, lorsque celui-ci est volontaire pour continuer à l'assurer, soit habilitier une autre structure (le plus souvent un établissement de santé).

8. Art. L. 1423-2, L. 3112-2 du CSP issus de la loi n° 2004_809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales.

2 - DÉPISTAGE

En venant de l'état de liberté

Le dépistage de la tuberculose maladie est basé sur un examen clinique à la suite duquel le médecin de l'USMP décide, s'il y a lieu, d'un examen radiologique⁹. Dans ce cas, le cliché doit être réalisé dans les délais les plus brefs et interprété, au plus tard, dans les huit jours suivant l'incarcération. Le dépistage radiologique de la tuberculose maladie a une spécificité et une sensibilité bien meilleures que l'examen clinique seul. Les interventions de dépistage de la tuberculose sont organisées en coordination avec le CLAT. Au regard de l'incidence de la tuberculose chez les personnes détenues, et d'un dépistage large nécessitant la réalisation d'un cliché radiographique, chaque unité sanitaire dispose d'un appareil de radiologie. La situation de certaines personnes détenues leur confère une vulnérabilité accrue à la tuberculose. Il convient absolument d'en tenir compte en termes de dépistage, notamment en envisageant systématiquement, dans ces situations, un dépistage radiologique.

En ce qui concerne l'infection tuberculeuse latente, dont la recherche n'est pas recommandée en routine à l'heure actuelle, il faut rappeler qu'en France il n'est conseillé de la dépister que lorsqu'on a l'intention de la traiter. Les recommandations actuelles sont de ne traiter que les infections tuberculeuses latentes (ITL) récentes (de moins de deux ans) chez l'adulte. Elles doivent en revanche être systématiquement traitées chez les enfants de moins de 15 ans et les personnes immunodéprimées. À l'inverse, on évite habituellement de les traiter chez les sujets âgés. Le risque d'évolution de l'ITL vers la tuberculose maladie est particulièrement majoré chez les sujets immunodéprimés, mais aussi chez les fumeurs, les personnes dépendantes de substances psycho-actives (en particulier l'alcool), les diabétiques, les insuffisants rénaux, les personnes dénutries, les personnes atteintes d'hémopathie maligne ou de certains cancers solides, ou ayant des antécédents de gastrectomie, de silicose ou de tuberculose, ainsi que chez les personnes en situation de précarité. Ce risque est également plus élevé chez les personnes récemment (deux à cinq ans) arrivées de pays où la tuberculose a une forte incidence, ou ayant des contacts proches avec des personnes récemment arrivées de pays de forte incidence¹⁰.

L'article D. 384-1 du Code de procédure pénale (CPP) prévoit que la radiographie de dépistage « *est pratiquée sur place, sauf impossibilité matérielle* ».

Au cours de la détention : le dépistage est basé et réalisé sur les signes cliniques et/ou suite à la réévaluation de la situation. Le risque de développer une tuberculose, par réactivation d'une infection latente ou par contamination récente, persiste au long de l'incarcération.

3 - SUIVI DES CAS

En cas de suspicion de tuberculose, outre la démarche médicale pour confirmer le diagnostic, les mesures de protection des personnes contacts sont mises en place par l'USMP en coordination avec le CLAT en lien avec le chef de l'établissement pénitentiaire, et dans le respect du secret professionnel (affectation en cellule individuelle, port de masques, limitation des déplacements, cadre de visites). Le médecin de l'USMP prescrit et explique au patient les précautions à prendre pour réduire le risque de contamination.

9. Circulaire DGS/DHOS/DAP 2007-PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement, formation des personnels (http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20070003_0000_0006.pdf).

10. <http://www.fares.be/static/front/upload/1/upload/images/tbc/professionnels/TB%20incidence%202014.png>

L'administration pénitentiaire prend financièrement en charge les moyens de protection pour ses personnels et les personnes détenues. L'unité sanitaire organise les mesures de protection de ses propres personnels¹¹.

Si le diagnostic est confirmé, outre la prise en charge du cas index (en hospitalisation), l'enquête autour du cas vise à prévenir la transmission de la tuberculose (repérer ou éviter l'apparition de cas secondaires, repérer la source d'infection éventuelle). Cette enquête est organisée par le CLAT. Elle concerne l'ensemble des contacts du parcours de la personne détenue (habituellement pendant les trois mois précédant le diagnostic). Elle nécessite donc une coordination avec l'unité sanitaire et une concertation étroite avec les services de médecine de prévention de l'établissement pénitentiaire, de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et de l'établissement de santé. L'aide de la direction de l'établissement pénitentiaire et de la PJJ est essentielle pour l'identification de tous les contacts. Pour cette raison, l'élaboration d'un protocole en ce domaine est fortement conseillée.

Une convention entre l'établissement pénitentiaire, l'établissement hospitalier et le CLAT est proposée en annexe. Elle complète le protocole de conduite à tenir en cas de suspicion de tuberculose ou en cas de tuberculose avérée en milieu carcéral déjà annexé à la circulaire DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) du 26 juin 2007¹².

Les recommandations pratiques relatives à l'enquête autour d'un cas de tuberculose ont été actualisées par le HCSP en 2013.

Dans le service hospitalier, la levée de l'isolement respiratoire est décidée au cas par cas par le médecin hospitalier, en fonction des recommandations en vigueur.

4 - CONTINUITÉ DES SOINS À LA SORTIE

La continuité des soins à la sortie est fondamentale dans ce domaine (traitement d'une durée minimale de 6 mois pour prévenir le risque de résistance, souvent encore en cours à la sortie, dans un contexte de vie précaire) et repose sur une étroite collaboration avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la PJJ pour les mineurs (droits sociaux, hébergement) et le CLAT.

11. DAP N° NOR JUSK0740069C du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire.

12. Annexe gestion du risque tuberculeux médecine de prévention/UCSA/CLAT/chef d'établissement/DSPIP et annexe protocole CLAT chef d'établissement pénitentiaire, directeur d'établissement hospitalier. Depuis 2008, chaque élève entrant en scolarité à l'École nationale de l'administration pénitentiaire bénéficie d'un test de dépistage de l'infection tuberculeuse latente par détection de production d'interféron gamma (Quantiféron®).

VIH, HÉPATITES

1 - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La prévention, le dépistage et la prise en charge des infections par les virus des hépatites, des infections sexuellement transmissibles (IST) et de l'infection par le VIH ont en commun un certain nombre de spécificités importantes.

- **Des données épidémiologiques** marquées par des prévalences plus élevées pour le VHC et le VIH qu'en population générale, précisées en 2010 par l'enquête Prévacar¹³.
- **La nécessité de dépistages** précoces, basés sur le volontariat, éventuellement répétés, car il s'agit d'infections virales chroniques longtemps asymptomatiques et qui justifient une prise en charge avant la survenue de toute manifestation clinique.
- La richesse des **recommandations** les concernant existant en milieu libre (rapport Morlat 2017¹⁴, stratégie nationale de santé sexuelle 2107-2030¹⁵, rapport de recommandations hépatites B et C 2016¹⁶) et la complexité pour mettre en œuvre ces recommandations dans les milieux de privation de liberté, alors que les enjeux de santé publique y sont aussi, voire plus, importants.
- Des modes de transmission justifiant les politiques de **réduction des risques et les mesures de prévention adaptées**.

2 - DÉPISTAGE DU VIH ET DES HÉPATITES VIRALES B, C ET DELTA

2-A. QUAND ET QUI DÉPISTER ?

Le dépistage du VIH et des hépatites B et C doit être :

- systématiquement proposé à l'entrée en détention¹⁷ ;
- proposé périodiquement au cours de l'incarcération (rapport Morlat 2013 et recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS]). Cette démarche autorise un meilleur suivi des personnes et crée des espaces pour parler de prévention ;
- systématiquement proposé en cas de refus à l'entrée, de prise de risque, dans le cas d'exposition connue et avérée ;

13. Prévalence du VIH : 2,04 % [IC : 0,95-4,23]. Prévalence du VHC : 4,8 % [IC : 3,53-6 ; 50]. Journées InVS 2011.

14. Rapport 2013 : prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH coordonné par le P^r Morlat (<https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts>).

15. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

16. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, sous la direction du P^r Daniel Dhumeaux (<https://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/>).

17. Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

- renouvelé à la demande spontanée des personnes auprès des personnels de l'unité sanitaire ;
- proposé systématiquement lors de la consultation de sortie réglementaire pour les personnes condamnées.

Afin de ne pas ignorer des primo-infections VIH chez les personnes entrant, dont la première sérologie est négative au premier test et qui auraient été exposées à un risque de contamination peu avant leur incarcération, un dépistage doit être proposé à l'arrivée en détention puis une nouvelle fois six semaines après la dernière exposition connue. Ce délai de six semaines est conforme aux recommandations de la HAS de 2008¹⁸ sur la réduction de la fenêtre sérologique.

Pour le VIH, l'article D. 384-3 du CPP¹⁹ souligne l'importance d'un accès facilité au dépistage : « *Toute personne incarcérée doit pouvoir bénéficier, avec son accord, d'une information et d'un conseil personnalisé sur l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et, le cas échéant, au cours de consultations médicales, de la prescription d'un test de dépistage et de la remise du résultat* ».

Tout mineur a le droit de demander à bénéficier d'un dépistage du VIH sans en référer au détenteur de l'autorité parentale. Le professionnel de santé met, néanmoins, tout en œuvre pour obtenir le consentement du mineur à l'information de ce dernier²⁰.

2-B. COMMENT ORGANISER LE DÉPISTAGE ?

Le dépistage est, dans tous les cas, proposé et assuré par l'USMP.

La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit que les tests puissent également être réalisés par l'antenne de centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) présente au sein de l'unité. Le dépistage doit être accompagné d'explications relatives à la transmission et aux facteurs de risques d'exposition, dans un but de prévention et dans une stratégie d'éducation à la santé.

Lors de cette étape, une attention particulière doit être portée aux personnes étrangères et/ou n'ayant pas une bonne maîtrise du français, afin de veiller à ce que l'information leur soit réellement accessible. De même, il sera utile de s'assurer de la maîtrise de la lecture par les personnes détenues, avant que ne leur soient remis des documents écrits.

Pour les personnes non immunisées contre l'hépatite B, une vaccination sera proposée compte tenu du risque élevé d'exposition²¹.

En cas d'infection chronique par le VHB, une hépatite Delta est à rechercher.

18. HAS, Dépistage de l'infection par le VIH. Modalités de réalisation des tests de dépistage, octobre 2008 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations_-_depistage_de_linfection_par_le_vih_en_france_-_modalites_de_realisation_des_tests_de_depistage_2008-10-22_11-55-8_316.pdf).

19. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006516165&cidTexte=LEGITEXT000006071154>

20. Art. L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP.

21. Cf. le numéro de la collection « Repères pour votre pratique » sur la prévention de l'hépatite B de l'INPES. Le renouvellement régulier de la proposition facilite l'accès à la vaccination (cf. *supra* sur vaccination VHB).

Les CeGIDD

Depuis le premier janvier 2016, un nouveau dispositif se substitue aux anciens centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et centres d'information de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), reprenant et élargissant leurs missions respectives (art. L. 3121-2 du CSP¹ et instruction n° DGS/R12/2015/195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des CeGIDD²). Parmi les nouvelles missions du CeGIDD :

- la vaccination, qui inclut celle contre l'hépatite B et s'élargit à celle contre l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs), la vaccination contre le papillomavirus humain (selon les recommandations du calendrier vaccinal) et, le cas échéant, les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour les publics cibles ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, qui comporte : l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge, la prévention des grossesses non désirées – notamment par la prescription d'une contraception « classique » et/ou d'une contraception d'urgence, et la délivrance de la contraception d'urgence dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale –, l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG), la détection, prévention et orientation des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre, et des troubles et dysfonctions sexuels.

Le CeGIDD assure une prise en charge anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'utilisateur au moment de son accueil.

Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme.

En cas d'existence d'une antenne de CeGIDD au sein de l'établissement pénitentiaire, son intervention doit se faire « en coordination étroite avec l'USMP », notamment dans un souci de continuité des soins. Toutefois, les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin du CeGIDD ne peuvent être transmis au médecin de l'USMP qu'avec le consentement de l'intéressé.

La législation et réglementation récentes³ permettent la levée de l'anonymat en cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, et sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de celui-ci. Les circonstances et modalités de la levée de l'anonymat ont été définies par arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les CDAG et dans les CIDDIST. Elles s'appliquent dans le CeGIDD de la même manière, dès lors que la nécessité thérapeutique et l'intérêt du patient sont établis, notamment lorsque son état de santé requiert :

- qu'il bénéficie d'une prise en charge médicale immédiate (administration ou prescription d'un traitement prophylactique ou curatif, bilan initial avant orientation vers un service spécialisé, vaccination) ;
- qu'il puisse être orienté rapidement vers une prise en charge médicale (après remise d'un résultat biologique positif).

En cas d'intervention d'une antenne de CeGIDD au sein de l'USMP, toutes les personnes détenues en sont informées afin de pouvoir y recourir à tout moment.

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687837&dateTexte=&categorieLien=cid>

2. http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-07/ste_20150007_0000_0043.pdf

3. Art. 108 de la loi HPST et arrêté d'application du 8/7/2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les CIDDIST.

Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

L'arrêté du 28 mai 2010 dans des situations d'urgence (accident d'exposition), puis l'arrêté du 9 novembre 2010 donnaient déjà accès à un TROD VIH à la personne détenue, dans certaines conditions. L'arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des TROD de l'infection par les VIH 1 et 2 et de l'infection par le VHC, en milieu médico-social ou associatif¹, précise à son annexe VI les modalités de leur réalisation au cours de la détention.

Le TROD peut donc être proposé à une personne détenue dans le cadre d'une consultation médicale à l'USMP, ou par des personnels non médicaux exerçant en milieu médicosocial ou associatif (association habilitée ou centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA] ou centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues [CAARUD] autorisé pour effectuer les TROD par l'ARS). Dans ce cas, une recherche négative ne signe l'absence d'infection que si la personne n'a pas été exposée à un risque de transmission du VIH ou du VHC dans les trois mois précédant le test.

La proposition d'un TROD peut s'avérer plus souple et pertinente face à une personne en détention provisoire (prévenue) ou dont la durée prévue d'incarcération est relativement courte, car elle permet de gérer la remise immédiate du résultat et d'éviter les perdus de vue, ou encore face aux personnes au capital veineux endommagé. Néanmoins, le test doit s'accompagner de la capacité et des moyens de l'USMP (ou de la structure habilitée) à annoncer un résultat, quel qu'il soit, dans les 30 minutes, à l'accompagner d'un conseil préventif approprié et, le cas échéant, à orienter rapidement la personne vers le soin. Le TROD ne doit pas se substituer à une sérologie conventionnelle en cas d'exposition à un risque récent et/ou de suspicion d'autres infections (IST, autres hépatites). En effet, seul le prélèvement veineux permet de réaliser l'intégralité des tests nécessaires. La mise à disposition d'autotests VIH par la PUI de l'USMP est une alternative complémentaire, qui peut être proposée dans certaines conditions précisées par l'arrêté du 18 août 2016.

1. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032967651&dateTexte=&categorieLien=i>

2-C. PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES HÉPATITES VIRALES B, C ET DELTA ET DE L'INFECTION PAR LE VIH

L'exigence de bonnes pratiques doit s'appliquer aux pathologies au long cours pouvant toucher les personnes détenues. Il existe, dans le cadre de ces infections chroniques, des exigences particulièrement fortes de soutien, de confidentialité, de continuité et de qualité des soins dispensés : l'enjeu est à la fois individuel, en termes de succès thérapeutique et de qualité de vie, et collectif, en termes de prévention de la transmission et de l'acquisition des résistances virales.

Contenu de la prise en charge :

- **VIH** : le rapport Morlat 2017 est la référence en termes de recommandations de bonnes pratiques cliniques, tant dans le domaine médical que pour la prise en charge psychologique et sociale ;

- **hépatites virales B, C et Delta** : le rapport de recommandations 2016 sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C (**Pr Daniel Dhumeaux**) constitue la référence pour la prise en charge médicosociale des patients²².

Les guides médecin et les listes des actes et des prestations édités par la HAS (revus en 2013) sont disponibles sur le site de la HAS²³.

Pour la prise en charge d'un patient avec une hépatite C chronique, les recommandations de traitement sont dorénavant élargies (cf. avis de la commission de la transparence du 8 juin et 12 décembre 2016 de la HAS) aux personnes détenues²⁴.

Par ailleurs, la circulaire DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/148 du 29 avril 2015 précise les conditions de la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire en USMP²⁵.

2-D. CONTINUITÉ DES SOINS À LA SORTIE

À ce moment critique du parcours de la personne, c'est toujours l'exigence de continuité des soins qui caractérise le suivi des traitements des infections virales. La continuité optimale du traitement est la garantie de l'absence de sélection de résistances virales et de perte de chance, tant pour la personne que pour la collectivité.

Si le traitement du VIH ou des hépatites est en cours :

- une **ordonnance et la remise d'une avance de traitement de quelques jours** (à adapter au contexte de chaque personne) sont indispensables pour éviter tout risque de rupture de traitement ;
- **le lien avec le lieu de suivi** d'origine ou le service correspondant de l'USMP, selon le domicile du patient, doit être formellement établi en s'adressant si besoin à la coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH) (en cas d'infection par le VIH) ou au service expert hépatites de proximité, et en remettant à la personne détenue libérée les coordonnées et la date d'un rendez-vous de consultation dans un délai rapproché et cohérent avec la provision de médicaments remise ;
- il est également indispensable d'indiquer à la personne détenue, et aux titulaires de l'autorité parentale si elle est mineure, les autres **ressources locales** pouvant lui être nécessaires : centres de soins, médecins, associations, etc.

Il est indispensable que l'unité sanitaire se dote d'un répertoire comportant les coordonnées des équipes médicales compétentes dans le VIH sur le territoire local ou régional. Les COREVIH incluent les représentants des USMP dans les comités de coordination. La liste des COREVIH est disponible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/corevih-localisation-des-centres.html>.

22. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/>

23. [En ligne : www.has-sante.fr] Des recommandations récentes chez les patients présentant une cirrhose non compliquée ou compliquée ont été publiées par la HAS en 2008, dans l'objectif de diminuer la mortalité associée à la cirrhose non compliquée (classe A du score de Child-Pugh), par une surveillance précoce et une prévention primaire des complications, quelle que soit la cause de l'hépatopathie. Décision n° 2013.0149/DC/SMACDAM du 4 décembre 2013 du collège de la HAS définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 6 « Hépatite chronique B ». Décision n° 2013.0150/DC/SMACDAM du 4 décembre 2013 du collège de la HAS définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 6 « Hépatite chronique C ».

24. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2729447/fr/la-has-est-favorable-a-l-elargissement-du-traitement-de-l-hepatite-c-et-encadre-les-conditions; http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-05/aad_avis_25052016_ct_25052016.pdf; <https://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/>

25. http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0065.pdf

FICHE 3

AUTRES IST

1 - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les données épidémiologiques françaises des années récentes, disponibles sur le site de Santé publique France²⁶ vont dans le même sens, celui d'une progression, pour toutes les IST.

2 - DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

Outre les infections par les virus VIH, VHB et VHC, il convient de proposer systématiquement le dépistage des IST suivant les recommandations de la HAS, en fonction des prises de risque sexuel identifiées. Selon l'article D. 384-2 du CPP, la prophylaxie des IST est assurée dans les établissements pénitentiaires par les services compétents prévus à cet effet (USMP).

Le rythme de répétition du dépistage est adapté selon les situations à risque. Il va du dépistage unique en cas de prise ponctuelle de risque, au dépistage régulier, au minimum une fois par an, en cas de prise de risque récurrente.

Des recommandations de la HAS précisent la fréquence et les populations concernées pour le dépistage de la syphilis²⁷, des *Chlamydiae trachomatis*²⁸ et du gonocoque²⁹. L'âge des personnes détenues les inclut souvent, de fait, dans les populations que la HAS recommande de dépister.

Chez la femme³⁰ il convient de prévoir la réalisation du frottis cervico-vaginal.

26. <http://www.invs.sante.fr/fr./layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Publications>

27. Évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France (mai 2007) (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546891/comment-depister-la-syphilis-en-2007?xtmc=syphilis&xtrc=2).

28. Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* (février 2003). Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France (février 2003). Diagnostic biologique de l'infection à *Chlamydia trachomatis*: avis sur les actes (juillet 2010) (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_995548/diagnostic-biologique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-document-d-avis?xtmc=chlamydia&xtrc=3). Rapport ANAES de 2003 qui définit les populations à dépister (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_synth.pdf).

29. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*: état des lieux et propositions (décembre 2010 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1049417/renforcer-le-depistage-cible-de-linfection-a-gonocoque?xtmc=gonocoque&xtrc=1).

30. Terme commun aux personnes majeures et mineures.

Un document de l'INPES/Santé publique France et du ministère des Solidarités et de la Santé, destiné aux médecins, rappelle les indications des différents dépistages d'IST³¹. Les recommandations de référence, pour la prise en charge, sont accessibles sur le site de la Société française de dermatologie³².

31. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
32. www.sfdermato.org

FICHE 4

MALADIES INFECTIEUSES NÉCESSITANT DES ACTIONS PARTICULIÈRES

Les professionnels de santé peuvent se référer au guide du HCSP précisant la conduite à tenir en cas de maladies infectieuses en collectivité³³.

1 - LÉGIONELLOSE

1-A. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La légionellose est une maladie respiratoire provoquée par la bactérie du genre *Légionella*, qui se développe dans les milieux aquatiques naturels et artificiels, et plus particulièrement les réseaux d'eau chaude sanitaire. Il n'y a pas transmission de personne à personne. C'est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1987.

Le risque élevé de prolifération de légionelles en milieu carcéral a été souligné dans divers rapports d'inspection sanitaires et de visites de contrôle du contrôleur général de privation de liberté (CGLPL). En cause : vétusté ou inadéquation des installations, température de l'eau.

1-B. PRISE EN CHARGE

Le document de référence est notamment celui du HCSP « Survenue de cas de légionellose. Guide d'aide à l'intervention³⁴ ».

Si le diagnostic de légionellose est confirmé, outre le traitement du cas index, une enquête d'investigation doit être menée par l'ARS pour :

- rechercher d'autres cas associés à la même source ;
- identifier la ou les sources de contamination potentielles.

33. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>

34. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=400>

Des mesures de surveillance et de prévention sont à mettre en place, en collaboration avec la direction de l'établissement pénitentiaire, pour éviter l'apparition de nouveaux cas (en particulier vérification de la maintenance des réseaux d'eau).

Les établissements pénitentiaires sont soumis aux dispositions de l'arrêté du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire depuis le 1^{er} janvier 2011.

2 - TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES (TIAC)

Les TIAC se définissent par l'apparition d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

La transmission se fait par ingestion d'un aliment ou d'un liquide souillé par un germe et/ou sa toxine, mais peut être suivie d'une transmission de personne à personne. La source commune alimentaire est le plus souvent ponctuelle, mais elle peut aussi être prolongée lorsque l'aliment contaminé est servi de façon répétée dans le temps.

Une TIAC est généralement liée à l'utilisation de matières premières contaminées et/ou au non-respect des mesures d'hygiène et des températures (rupture de la chaîne du froid et du chaud) lors de la préparation des aliments, ou à la non-maîtrise des contaminations croisées lors de la manipulation des aliments.

En cas de survenue de TIAC, l'application des mesures usuelles d'hygiène doit être impérativement renforcée. Ces mesures sont parfois à adapter en fonction de la source et du mode de contamination, afin d'en interrompre la chaîne de transmission. Elles doivent concerner tous les stades de manipulation des denrées alimentaires : stockage, transformation, manipulation et entreposage, ainsi que la gestion des déchets alimentaires. Le personnel manipulant les denrées doit être particulièrement vigilant, en matière d'hygiène, lors de survenue d'une TIAC, afin d'éviter de se contaminer et d'être un facteur de propagation de la maladie.

Les bactéries responsables les plus fréquemment incriminées, ou suspectées, sont les staphylocoques (toxine), les salmonelles et *Bacillus cereus*.

Le signalement et la surveillance des TIAC à travers la déclaration obligatoire (DO) contribuent à la mise en place et à l'évaluation de mesures visant à prévenir ces événements et contribue ainsi à la sécurité alimentaire. Cette surveillance a notamment pour but d'identifier précocement l'aliment en cause, pour le retirer de la distribution, et de corriger les erreurs de préparation en restauration collective.

En outre, des mesures d'hygiène doivent être renforcées pour les personnes en contact avec les personnes malades, qui peuvent elles aussi être vectrices de transmission des TIAC.

Pour rappel, certaines personnes peuvent être porteur sain d'un germe pathogène qui pourrait être à l'origine d'une TIAC (ex : salmonellose) lors de la manipulation des aliments³⁵.

35. Voir dossier thématique sur le site de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Toxi-infections-alimentaires-collectives>).

3 - INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE (IIM)

L'instruction du 24 octobre 2014 et son annexe citent explicitement le milieu carcéral comme facteur de risque de survenue d'une IIM et précisent les situations impliquant des contacts potentiellement contaminants³⁶.

4 - ROUGEOLE

4-A. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La rougeole, infection due à un virus, fait partie des maladies infectieuses les plus contagieuses.

La France a ainsi connu, entre 2008 et 2012, une épidémie de rougeole. Les données issues de la déclaration obligatoire sous-estiment la situation réelle de cette épidémie. Durant cette période, plus de 23 000 cas de rougeole ont été déclarés en France. Au total, plus de 1 000 cas ont présenté une pneumopathie grave, une trentaine une complication neurologique et dix personnes en sont décédées³⁷.

Les données actuelles témoignent de la persistance de communautés d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes insuffisamment vaccinés, qui sont propices à la résurgence de phénomènes épidémiques, notamment dans les collectivités de vie.

La vaccination est le seul moyen de prévention contre la maladie. À ce titre, la vérification du statut vaccinal et sa mise à jour avec deux doses de vaccin trivalent (rougeole-oreillons-rubéole) pour toute personne née depuis 1980 restent nécessaires.

4-B. PRISE EN CHARGE

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2005. La prise en charge d'un cas de rougeole en collectivité nécessite que soient rapidement mises en place des mesures visant à réduire la diffusion de la maladie.

L'ensemble des recommandations à mettre en œuvre autour d'un cas de rougeole est décrit dans la circulaire n° DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole. La mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés est disponible sur le site internet <http://www.sante.gouv.fr/rougeole-sommaire.html>.

Pour les jeunes nés après 1980, le schéma vaccinal recommandé est de deux doses au total de vaccin trivalent.

36. <http://www.sante.gouv.fr/meningite-infections-invasives-a-meningocoques-iim>

37. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites>

CHAPITRE 3

MALADIES INFECTIEUSES
SANS DÉCLARATION OBLIGATOIRE

FICHE 1

LA GALE

La gale est une affection bénigne mais à forte contagiosité. Elle peut être à l'origine d'épidémies longues, difficiles à maîtriser, génératrices de coûts et de surcharges de travail non négligeables.

La prise en charge des épisodes collectifs nécessite des mesures énergiques et rigoureuses, qui doivent être mises en place rapidement et simultanément pour enrayer efficacement l'épidémie. Ces mesures concernent, outre le traitement des personnes atteintes et des personnes codétenues, celui de la totalité du linge personnel et de la literie à l'aide de produits et de protocoles adaptés¹.

En 2012, le HCSP a rendu un rapport : « Survenue d'un ou plusieurs cas de gale. Conduite à tenir » et un avis relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale. Ces rapports sont disponibles sur le site du ministère chargé de la Santé (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=313>).

Une épidémie de gale est avérée lorsqu'au moins deux cas de gale surviennent à moins de six semaines d'intervalle.

Le personnel sanitaire assure le diagnostic et le dépistage des personnes incarcérées contact. Il informe le médecin de prévention, afin que les personnes contacts intervenant en milieu pénitentiaire soient dépistées. En étroite collaboration avec le chef d'établissement, les personnels médicaux (médecin de l'unité sanitaire et médecin de prévention) mettent en place une « cellule d'appui » chargée de définir l'existence potentielle d'une épidémie et la nature de celle-ci (gale commune – gale profuse/hyperkératosique). Ils organisent, en lien avec l'administration pénitentiaire, la prise en charge des cas contacts, de l'environnement et du linge.

En cas d'épidémie de gale profuse/hyperkératosique, le chef d'établissement affiche à l'entrée de son établissement une fiche d'information à destination des visiteurs.

La personne détenue diagnostiquée est isolée pendant 48 heures. Elle n'accède pas aux activités usuelles. Elle est encouragée à informer son entourage familial ou les personnes l'ayant récemment visitée dès sa sortie d'isolement.

Le linge utilisé pendant les trois à dix jours précédents et les trois jours suivants le diagnostic est disposé, par la personne détenue contaminée, dans un sac en plastique hermétique fourni par l'administration pénitentiaire. Le sac est fourni à la personne détenue avant sa mise en isolement, afin qu'elle puisse y déposer son linge.

1. <https://shop.icrc.org/health-care-in-detention-managing-scabies-outbreaks-in-prison-settings-2448.html>. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1396

Celui-ci est conservé dans un sac hermétique fermé pendant une durée de quatre à huit jours (selon le type d'épidémie) après la sortie d'isolement.

La cellule de la personne détenue, celle dans laquelle elle a été isolée et les matériaux absorbants qui s'y trouvent (coussins, matelas, couverture, etc.) sont désinfectés selon les modalités définies par l'unité d'appui. C'est l'administration pénitentiaire qui en assure la réalisation. Les personnes sont équipées de gants et de surblouses à manches longues à usage unique, mis à disposition par l'administration pénitentiaire. Si un traitement doit être pulvérisé, il est fourni par l'unité sanitaire. Les agents portent alors un masque fourni par l'administration pénitentiaire.

Les unités sanitaires sont invitées à rédiger un protocole, qui peut être commun avec le médecin de prévention, et annexé à la convention liant les établissements pénitentiaires et sanitaires.

FICHE 2

ECTOPARASITOSE (POUX ET PUNAISES DE LIT)

1 - POUX

Le HCSP est en cours d'actualisation de l'avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif à la conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu (27 juin 2003).

Avis du CSHPF disponible : http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_270603_pediculose.pdf.

2 - PUNAISES DE LIT

Des recommandations officielles 2015 du centre national d'expertise sur les vecteurs (CNEV) pour l'éradication des punaises de lit sont disponibles.

Les punaises de lit (*Cimex lectularius*) ne sont pas vecteurs d'agents pathogènes, mais leurs morsures nocturnes peuvent être à l'origine de réactions dermatologiques pouvant constituer une nuisance importante. Cette nuisance peut entraîner des troubles du sommeil, une stigmatisation ou des sentiments de dévalorisation chez ces populations déjà fragilisées.

Ce phénomène est en recrudescence à travers le monde ainsi qu'en France. De manière générale, l'extermination de ces insectes est délicate car ils nécessitent de mettre en œuvre des mesures à la fois intégrées (traitement de l'ensemble des zones infestées ciblant des endroits très confinés durant une période de temps restreinte) et spécifiques (différentes de la lutte contre les blattes). Une stratégie de contrôle (d'éradication) inappropriée peut non seulement être inefficace, mais aussi contribuer à la prolifération de l'infestation et engendrer ses propres effets inappropriés.

Une coordination des services de l'ARS et de l'administration pénitentiaire est impérative pour déterminer les mesures correctives à mettre en œuvre. Un état des lieux des connaissances et des recommandations préventives sont accessibles sur le document du CNEV de septembre 2015.

FICHE 3

LA LEPTOSPIROSE²

1 - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La leptospirose est une maladie bactérienne présente dans le monde entier. Ses principaux réservoirs sont les rongeurs, en particulier les rats, qui excrètent la bactérie dans leur urine. Cette dernière se maintient assez facilement dans le milieu extérieur (eau douce, sols boueux), ce qui favorise la contamination, la bactérie pénétrant principalement par la peau lésée (une écorchure suffit) ou les muqueuses (conjonctive notamment). Chez l'homme, la maladie est souvent bénigne, mais peut conduire à l'insuffisance rénale, voire à la mort dans 5 à 20 % des cas.

Les territoires et départements d'outre-mer sont particulièrement exposés (le taux d'incidence y est de l'ordre de 100 fois plus élevé qu'en métropole).

L'incubation dure de 4 à 14 jours. De nombreuses formes cliniques, allant du syndrome grippal à l'atteinte multiviscérale avec syndrome hémorragique, sont décrites. Le traitement étiologique de la leptospirose repose sur l'antibiothérapie, d'autant plus efficace qu'elle est instaurée tôt. Les formes graves nécessitent une hospitalisation.

2 - PRISE EN CHARGE

Dans les établissements pénitentiaires subissant des invasions de rongeurs, une attention spécifique doit être portée à la protection des personnels pénitentiaires et des personnes détenues potentiellement exposées. Le contrôle de la pullulation des rongeurs comprend les mesures de dératisation et la gestion correcte et régulière des ordures ménagères, et notamment des restes alimentaires.

Protection des travailleurs

Le CSHPF recommande l'utilisation de mesures individuelles de protection, dès lors qu'une activité professionnelle fait courir le risque d'un contact régulier avec des urines de rongeurs, ou se déroule dans un environnement infesté de rongeurs (entretien d'espaces extérieurs comprenant des zones humides ou manipulation de déchets). Ces mesures sont :

- le port de gants, de bottes, de cuissardes, de vêtements protecteurs, voire de lunettes anti-projections si nécessaire ;

2. Prévention et prise en charge de la leptospirose en milieu carcéral et référence [sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Zoonoses/Leptospirose/Contextes-epidemiologiques> et <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/leptospirose>].

- la désinfection précoce à l'eau potable et au savon – ou à l'aide d'une solution antiseptique – de toute plaie, érosion cutanée ou égratignure, ainsi que la protection ultérieure de celles-ci par un pansement imperméable.

Le médecin de prévention intervenant au sein de l'établissement pénitentiaire organise les mesures de protection nécessaires auprès des personnels pénitentiaires exposés.

Le médecin de l'unité sanitaire prévoit auprès des personnes détenues exposées au risque, notamment à cause de leur activité, des mesures d'information/sensibilisation et des protections adaptées. Il peut, le cas échéant, indiquer et réaliser une vaccination prophylactique. En outre, devant un tableau fébrile chez une personne détenue exposée au risque, il doit penser au diagnostic de la maladie. Au besoin, médecin de prévention et médecin de l'unité sanitaire coordonnent leurs actions.

Le chef d'établissement pénitentiaire communique aux médecins de prévention et de l'unité sanitaire la liste des personnels pénitentiaires et des personnes détenues potentiellement exposées (entretien d'espaces extérieurs comprenant des zones humides ou manipulation de déchets) ainsi que les mesures de dératisation éventuellement mises en œuvre.

Il est à noter qu'aucune mesure spécifique en rapport avec cette maladie infectieuse n'est à envisager lors des interventions des personnels pénitentiaires sur des personnes détenues (fouilles, maîtrise au décours d'un incident, etc.).

CHAPITRE 4

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX

Ce chapitre n'a pas été actualisé et est reproduit ici dans sa version 2012.

En milieu carcéral, les prévalences du VIH et du VHC sont significativement plus élevées qu'en milieu libre.

D'après l'enquête Prévacar 2010 (DGS/InVS), la prévalence du VIH est de 2 % (IC = 0,95-4,23) *versus* 0,35 % en population générale.

Pour le VHC, la prévalence est de 4,8 % (IC : 3,53-6,50) *versus* 0,84 % (IC = 0,65-1,10) en population générale.

70 % des contaminations par le VHC sont liées à l'usage de drogues.

Chez les personnes en traitement de substitution par les opiacés (TSO), les prévalences virales sont particulièrement élevées, tant pour le VIH : 3,6 % (IC = 1,1-11,8) que pour le VHC : 26,3 % (IC = 16,8-38,7).

Les risques de transmission existent pendant l'incarcération, du fait de différentes pratiques ou activités : pratiques sexuelles ou de consommation, modifications corporelles, coiffure.

Au regard des constats récents¹, les mesures de prévention et de réduction des risques ne sont pas optimisées et doivent être améliorées, qu'il s'agisse de transmission par voie sexuelle ou par voie sanguine.

1 - OUTILS DE RÉDUCTION DES RISQUES

La circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996 et les recommandations du rapport de la mission santé-justice² (2000) sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral sont toujours en vigueur. Ces recommandations intègrent différents outils de réduction des risques.

L'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient, les traitements de substitution aux opiacés et la vaccination contre le VHB sont abordés dans les fiches *ad hoc*.

Ces recommandations n'intègrent pas à ce jour la mise à disposition de matériel stérile pour le piercing, le tatouage et la consommation de drogues (notamment seringues, eau stérile, filtres, pailles).

1-A. MISE À DISPOSITION DE PRÉSERVATIFS ET DE LUBRIFIANTS À BASE D'EAU

L'administration pénitentiaire met à la disposition des personnes détenues des préservatifs et des lubrifiants aux normes européennes (CE). En complément, ces outils peuvent également être fournis par des associations ou les établissements de santé. Les préservatifs masculins, les préservatifs féminins et des lubrifiants doivent être mis à la disposition des personnes en nombre suffisant dans l'établissement et lors des sorties.

1. ANRS PRIPDE, Michel L., Jauffret-Roustide M., Blanche J. *et al.*, "Limited Access to HIV Prevention in French Prisons (ANRS-PRIPDE): Implications for Public Health and Drug Policy", *BMC Public Health*, vol. 11, n° 400, p. 29, 2011.

2. Stankoff S. et Dhérot J., *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Direction générale de la santé, Direction de l'administration pénitentiaire, décembre 2000 (www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000683/index.shtml - 66k).

Les points d'accès doivent être choisis et diversifiés, de manière à garantir une confidentialité maximale (unités sanitaires, locaux associatifs, parloirs familiaux, unités de vie familiales, etc.).

Le développement d'espaces de parole et d'écoute relatifs à la sexualité destinés aux personnes détenues et aux personnels est souhaitable pour faire évoluer les comportements et les représentations. Ils doivent permettre de proposer une réelle et nécessaire appropriation par les intéressés des enjeux et des objectifs de la prévention.

I-B. MISE À DISPOSITION ET DISTRIBUTION D'EAU DE JAVEL

L'emploi de l'eau de Javel pour la désinfection des objets en contact avec le sang peut, dans le strict respect du protocole d'utilisation, réduire les risques de transmission des infections bactériennes et virales, mais ne les élimine pas³.

L'eau de Javel à 12° est délivrée gratuitement par l'administration pénitentiaire à tous les arrivants. Sa distribution est renouvelée en cellule tous les quinze jours. Elle est également cantinable.

Les services sanitaires peuvent sensibiliser les personnels pénitentiaires et de la PJJ au protocole qui accompagne sa conservation et son utilisation.

L'eau de Javel doit être remise dans un flacon de 20 cl de plastique opaque, sous titrage de 12°. Elle est distribuée aux personnes détenues pour l'hygiène de leur cellule, mais elle peut aussi être utilisée pour désinfecter tout matériel d'usage courant en contact avec le sang.

Le message de prévention accolé au flacon stipule : « *Ce produit peut être utilisé pour désinfecter tout objet ayant pu être en contact avec du sang (ciseaux, rasoirs, aiguilles). Pour que la désinfection soit efficace contre les risques de transmission des virus du sida et des hépatites, renseignez-vous auprès des services médicaux sur le mode d'emploi à respecter.* »

Information des personnes détenues

La personne détenue devra être informée des consignes suivantes afin de pouvoir veiller :

- au respect de la durée d'ouverture du flacon, qui doit être inférieure à trois semaines, en cas d'utilisation pour décontaminer du matériel souillé ;
- à la conservation du flacon à l'abri de la lumière (flacon opaque) ;
- à l'interdiction de diluer ou de mélanger l'eau de Javel avec un produit acide ou ammoniacé.

L'administration, les personnels pénitentiaires et de la PJJ devront aider les personnes détenues à maîtriser les règles de base de l'utilisation de l'eau de Javel à des fins de désinfection.

L'unité sanitaire coordinatrice des actions de prévention et d'éducation pour la santé doit s'assurer de la compréhension des brochures et des affiches explicatives concernant l'utilisation de l'eau de Javel. Elle doit accompagner par des actions et des messages de prévention le protocole de désinfection du matériel souillé par le sang.

Principaux messages de prévention à diffuser

- Toute réutilisation ou échange de matériel en contact avec le sang expose au risque de transmission virale ;

3. « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues », Expertise collective de l'Inserm, 2010.

- aucun matériel ayant été en contact avec le sang ne doit être ni partagé, ni réutilisé ;
- le partage du matériel d'injection et de sniff, quel qu'il soit (seringue, eau de préparation, récipient, filtre et produit, paille), présente des risques importants d'infection et de transmission du VIH et des hépatites ;
- la désinfection à l'eau de Javel, en respectant les temps nécessaires, permet de réduire, mais n'élimine pas, les risques de contamination virale ;
- les protocoles de désinfection doivent être appliqués strictement⁴.

Pour le matériel en contact avec du sang (hors seringues) – notamment de tatouage, de piercing, de coiffure, et de rasage – le protocole⁵ comprend, après lavage abondant à l'eau et au savon, deux phases : une phase de décontamination (javelliser pendant 15 minutes, puis rincer) puis une phase de désinfection (laisser tremper dans l'eau javellisée 15 minutes, rincer soigneusement et sécher immédiatement).

Protocole de désinfection des seringues usagées

Lorsque la seringue est conservée après utilisation :

- laver abondamment la seringue avec de l'eau courante dès que possible après l'injection, afin de la débarrasser des traces de sang ;
- remplir et vider complètement deux fois la seringue.

Avant chaque utilisation de seringue usagée :

- laver abondamment la seringue avec de l'eau courante. Remplir et vider complètement deux fois la seringue ;
- remplir complètement la seringue d'eau de Javel, laisser agir au moins 30 secondes, vider la seringue et recommencer l'opération au moins une seconde fois, afin d'avoir un temps de contact avec l'eau de Javel d'au moins une minute ; utiliser de l'eau de Javel à 12° ;
- rincer complètement la seringue avec de l'eau courante au moins deux fois.

L'usage de seringues non prescrites par le personnel médical est interdit en détention.

4. Ce protocole est décrit en détail dans deux notes de la DAP du 5 novembre 1997 et de la DGS du 21 novembre 1997 disponibles aux adresses suivantes : http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/744.pdf et http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/742.pdf

5. Cf. annexe 5 de la note DAP.

1-C. PROTOCOLE DE COIFFURE

Les activités de coiffure peuvent être à l'origine de risques infectieux. Il appartient à l'unité sanitaire de conseiller le chef d'établissement et de rédiger un protocole à cet effet.

Il importe également d'informer les coiffeurs et/ou les personnes affectées à cette tâche des risques infectieux possibles ainsi que des modes de réduction de ceux-ci (désinfection de l'ensemble du matériel de coiffure entre chaque personne, par exemple).

Des informations peuvent également être délivrées aux personnes détenues concernant ces risques et les moyens de les réduire (utilisation systématique d'un sabot lors de l'usage de tondeuses, pas de partage des rasoirs, etc.).

1-D. ACTES DE MODIFICATION CORPORELLE (TATOUAGE ET PIERCING)

Le tatouage et le piercing peuvent être à l'origine de complications et de risques infectieux. Ces complications sont liées aux conditions de l'exécution (manquements aux règles d'hygiène favorisant les infections locales et la transmission des infections virales) ou du fait des produits utilisés (pigments de tatouage et métaux des piercings).

Il convient que le personnel de santé dispense aux personnes détenues des informations relatives aux risques infectieux et aux complications liées à la pratique du tatouage et du piercing.

La détention d'une machine à tatouer ou d'un piercing est prohibée en détention⁶.

1-E. LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL ET LES PROPHYLAXIES POST-EXPOSITION

Procédure à mettre en place

En pratique, il est indispensable que le médecin de l'unité sanitaire organise, en lien avec le COREVIH, la prise en charge des accidents d'exposition à un risque viral pour les personnes détenues, en prenant les dispositions pour répondre aux questions suivantes :

- quel kit de traitement ARV (antirétroviraux) des accidents d'exposition au VIH est disponible dans les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) ?
- quelle procédure est prévue pour la prévention des hépatites virales B et C (proposition éventuelle de sérovaccination contre l'hépatite B) ?
- quelle est la structure qui prendra en charge les accidentés en dehors des heures ouvrables ?
- quelle est la personne ressource extérieure avec qui l'unité sanitaire prendra contact si nécessaire ?

Prise en charge des accidents d'exposition au risque viral

Les accidents d'exposition au risque viral doivent être pris en charge le plus rapidement possible. Ils peuvent concerner les personnes détenues mais également le personnel.

6. Art. D. 318 du CPP.

Les recommandations de prise en charge se basent sur la circulaire DGS/RI2/DGOS/DGT/DSS du 20/08/91, du 13 mars 2008 et le rapport d'experts dirigé sous la direction du Pr Yéni (chapitre 17)⁷.

En dehors des heures d'ouverture des unités sanitaires, c'est le dispositif *ad hoc* qui s'applique. Il implique notamment le recours systématique au Centre 15 qui assure ensuite la régulation médicale et la réponse médicale appropriée.

L'exposition au risque viral (par voie sanguine ou sexuelle), pour les personnes détenues, est généralement associée à des pratiques interdites en détention et exige, de ce fait, confidentialité et neutralité. Les personnels pénitentiaires étant les premiers interlocuteurs des personnes détenues dans ce dispositif, il importe qu'ils soient sensibilisés à cette problématique.

Dans certaines circonstances (rapports sexuels non consentis, conflit, plainte, etc.), le médecin de l'unité sanitaire peut demander si la personne accidentée souhaite un transfert dans un autre établissement. Ces situations, très difficiles à vivre, nécessitent un soutien psychologique qui doit être systématiquement proposé.

Les accidents survenus chez le personnel pénitentiaire sont pris en charge dans le cadre des accidents de service.

2 - LES DISPOSITIFS DE RÉDUCTION DES RISQUES : LES CAARUD

Créés par le décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005, les CAARUD s'adressent aux personnes exposées à des risques du fait de leur consommation de substances psychoactives.

Missions des CAARUD (art. R. 3121-33-1 du CSP)

- L'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues ;
- l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles, etc.) ;
- le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour l'automate) ;
- l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

7. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf

Les CAARUD prennent souvent en charge les usagers les plus précarisés et présentant le risque de séroconversion le plus élevé. Ils peuvent intervenir en milieu pénitentiaire pour :

- développer des actions de réduction des risques ;
- aider les consommateurs à accéder aux soins (notamment à la substitution aux opiacés) et au dépistage des infections virales.

Si la personne détenue était suivie dans un CAARUD avant son incarcération, il est possible et souhaitable de maintenir ce suivi au cours de la détention. Afin de favoriser la continuité de la prise en charge des personnes, une attention particulière doit être portée par l'unité sanitaire à l'orientation des celles-ci vers un CAARUD à la fin de l'incarcération, lorsque cela est nécessaire.

CAHIER 2

PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

P. 269 > 277

Les maladies non transmissibles les plus fréquentes sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les diabètes et les maladies respiratoires chroniques (asthme, maladies broncho-pulmonaires chroniques), et l'insuffisance rénale chronique (IRC).

Ce cahier ne concerne pas les maladies psychiatriques.

FICHE 1

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

La prévalence des principales maladies non transmissibles en milieu carcéral reste mal connue à ce jour, en particulier en France où il n'existe aucune donnée robuste sur le sujet.

Une revue de la littérature, faite dans le cadre du Plan 2010-2014 PPSMJ par l'InVS, a permis de préciser certaines données épidémiologiques générales concernant la population détenue¹. Pour les pathologies chroniques et les cancers, le rapport concluait en 2014 en ces termes :

« Les prévalences des principales maladies non transmissibles étudiées sont de l'ordre de 3 à 20 % pour l'asthme, 0,2 à 14 % pour les maladies cardiovasculaires en général et 2 à 30 % pour l'HTA (hypertension artérielle), 3 à 5 % pour le diabète, 1 à 3 % pour le cancer.

Ces résultats paraissent cohérents avec ceux retrouvés en population générale, sans surreprésentations, a priori. Concernant les seniors incarcérés, les prévalences des pathologies chroniques semblent importantes mais pas nécessairement supérieures à celles observées en population générale, en dehors des maladies endocriniennes et métaboliques. Toutefois, l'augmentation du nombre de seniors incarcérés laisse présager des besoins croissants en termes de prise en charge et de suivi de ces pathologies. »

Un certain nombre de déterminants liés aux caractéristiques socio-démographiques de cette population, aux modes de vie antérieur et/ou aux conditions de vie en détention (consommation de tabac, alimentation, manque d'exercice, défaut d'hygiène) sont des facteurs favorisants. Par ailleurs, le vieillissement de la population carcérale génère des besoins dans ce domaine, majorés par les mêmes facteurs de risque que ceux cités précédemment. Ce vieillissement peut également être associé à l'apparition progressive de déficiences et d'incapacités.

1. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenees-en-France-et-a-l-etranger>

FICHE 2

PRÉVENTION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

La prévention de ces maladies tient compte avant tout des environnements (favorables ou non) y compris nutritionnel, et des antécédents individuels, personnels et familiaux. La consultation à l'entrée est la première occasion de repérage/dépistage des facteurs de prédisposition ou de fragilité. Elle permet un rappel des comportements favorables à la santé.

Les mesures de prévention de ces maladies suivent les recommandations de portée générale² (programme national nutrition santé³, programme national de réduction du tabagisme [PNRT] pour le tabac, etc.), santé bucco-dentaire, repérage des personnes à risque élevé pour un risque cardiovasculaire et métabolique, diagnostic précoce des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), etc.

Des recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur "Prisons and Health 2014" insistent sur les mesures de prévention (réduction des facteurs de risque, éducation, promotion de la santé, etc.) sur quatre axes principaux : la lutte contre le tabagisme, la lutte contre l'alcool, la promotion d'une alimentation saine et l'importance d'une activité physique adaptée.

Une attention particulière doit être portée :

- au dépistage, tout particulièrement après 50 ans, des déficiences sensorielles qui peuvent avoir un impact important sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes ;
- au retentissement de ces maladies chroniques sur une possible perte d'autonomie.

Le repérage précoce de la fragilité a pour objectif d'identifier les déterminants chez la personne détenue et d'agir sur ceux-ci pour retarder la survenue de la dépendance. Des outils de repérage de la fragilité existent en milieu ambulatoire (Haute Autorité de santé [HAS]). Même si le milieu de la détention en diffère notablement, les outils proposés peuvent être adaptés avec bénéfice pour aider à ce repérage, première étape vers une prise en charge personnalisée, notamment à travers la planification d'interventions de prévention globale formalisées.

Une attention particulière peut être portée, après 50 ans⁴, au retentissement de ces maladies chroniques sur la perte d'autonomie, repérage des facteurs de fragilité.⁵

2. <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/>

3. <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html>

4. Cet âge, fixé arbitrairement, est souvent choisi au regard du vieillissement prématuré observé en général chez les personnes détenues.

5. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires

C'est ainsi qu'un travail sur la question nutritionnelle avec activité physique adaptée et accès à une alimentation équilibrée notamment dans le cadre de ce qui est cantinable, doit être systématiquement entrepris chez la personne à risque, en complément de mesures thérapeutiques spécifiques à chaque pathologie.

La présence de douleurs chroniques, symptôme le plus fréquemment repéré au regard de l'altération de la qualité de vie, n'est pas toujours signalée par la personne et doit être repérée systématiquement.

FICHE 3

DÉPISTAGE DES CANCERS

Les personnes détenues doivent avoir accès aux mêmes programmes de dépistage organisé des cancers que les personnes en milieu libre⁶. On notera en particulier l'accès aux dépistages organisés des cancers du sein et des cancers colorectaux pour les personnes de 50 à 74 ans, et du nouveau dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pour les femmes entre 25 et 65 ans à partir de 2018.

Toutefois, l'organisation doit être adaptée aux multiples contraintes du contexte carcéral. Elle repose sur une coordination entre l'équipe de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et la structure de gestion du dépistage des cancers dans le département.

Structure de gestion du dépistage des cancers

Dans chaque département, une structure de gestion du dépistage des cancers est en charge :

- des relations avec les professionnels concourant au dépistage ;
- de la sensibilisation et de l'information des professionnels et de la population ;
- de la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées ;
- des relations avec les personnes dépistées ;
- du recueil des données et de la transmission des résultats aux personnes concernées ;
- de la gestion optimale des moyens financiers au travers de l'utilisation du budget type ;
- de l'évaluation interne et de l'assurance qualité du programme ;
- du retour d'information vers les professionnels de santé, comportant la transmission périodique de statistiques individuelles et globales permettant à chaque médecin d'évaluer sa pratique ;
- de la conservation des données.

La montée en charge des dépistages doit s'accompagner, en parallèle, d'actions de soutien et d'accompagnement des personnes ayant des résultats positifs, de la part des personnels soignants.

6. Le plan cancer 2014-2019 insiste sur une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction.

Les principaux dépistages⁷ à réaliser concernent :

- le dépistage du cancer colorectal pour la population de 50 à 74 ans (soit environ 7 000 [11 %] personnes en milieu carcéral)⁸. Il repose sur un test immunologique de recherche de sang dans les selles. Les tests sont à demander aux structures de gestion par les médecins des USMP ;
- le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un frottis cervico-vaginal tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 65 ans⁹. De façon optimale, ce frottis est réalisé par un médecin dans le cadre d'un bilan. Une offre de consultations d'un médecin gynécologue ou la réalisation du frottis par le médecin généraliste sont nécessaires au sein de l'USMP. À noter que le taux de refus d'un tel examen n'étant pas négligeable lorsque le médecin est un homme, leur réalisation par une sage-femme est recommandée en cas d'indisponibilité d'un médecin femme¹⁰ ;
- le dépistage du cancer du sein comporte une mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans¹¹. L'accès à la mammographie est à organiser par l'hôpital de rattachement ;
- le dépistage du cancer de la prostate ne relève pas d'un dépistage organisé. Le dépistage individuel n'est pas recommandé non plus chez un patient n'ayant aucun facteur de risque en dehors de son âge (> 50 ans) ;
- l'incidence du cancer de la prostate augmente avec l'âge, mais près de la moitié des cancers seraient non évolutifs. Un dépistage individuel peut être pratiqué pour les hommes à risque familial (parents du premier degré [père ou frères] atteints d'un cancer de la prostate à un jeune âge), ou un diagnostic précoce pour les hommes présentant des symptômes¹². Il repose sur l'examen clinique (toucher rectal) et le test sanguin PSA (antigène prostatique spécifique)¹³, complétés, en fonction des cas, par un diagnostic histologique.

7. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.

8. D'après la seule expérience disponible, la population de référence est relativement importante (25 % de la population pénale de l'établissement à plus de 50 ans). Le dépistage a été proposé avec des adaptations locales, en particulier renforcement des explications. Le taux de personnes dépistées est élevé : 86 % (50/58). La rentabilité reste à améliorer, 15 % d'examens sont à refaire, sans doute du fait d'explications insuffisantes, d'une mauvaise compréhension, du manque d'intimité en cellule, notamment en maison d'arrêt. Deux tests se sont révélés positifs et ont débouché sur des coloscopies (un polype et un examen à refaire). Outre l'intérêt pour la personne détenue en termes de réduction de la mortalité, cette étude insiste sur le renforcement du lien de la personne détenue avec l'UCSA dans une démarche préventive. F. Cordonnier, UCSA MC Poissy ; Congrès UCSA, Bordeaux, 2010.

9. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, HAS, juillet 2010 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf).

10. Art. L. 4151-1 du CSP.

11. Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale, Anaes, mars 1999 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_466837/le-depistage-du-cancer-du-sein-par-mammographie-dans-la-population-generale?xtmc=dépistage+cancer+du+sein&xtr=5).

12. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf

13. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_dorientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf).

FICHE 4

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

1 - GÉNÉRALITÉS

Dans le cadre de son programme de travail sur les affections de longue durée (ALD), la HAS publie et actualise régulièrement des guides médecins, en renvoyant à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5237/affections-de-longue-duree?cid=c_5237.

Il convient de développer en milieu pénitentiaire les programmes d'éducation thérapeutique du patient pour les maladies qui s'y prêtent.

Dans les cas où un mineur, en amont de son incarcération, fait l'objet au sein d'un service protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) d'une prise en charge thérapeutique pour une pathologie ayant donné lieu à un projet d'accueil individualisé (PAI)¹⁴, ce document peut être transmis à l'USMP par les professionnels de la PJJ. Le cas échéant, le projet peut être mis en place pendant l'incarcération.

En fonction de la situation de la personne et de la fréquence des soins, l'accès aux différents **dispositifs d'aménagements de peine pour raison médicale** doit être facilité (cf. Livre 5).

2 - INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)

La prise en charge des IRC, et notamment de ceux relevant d'un centre de dialyse, doit être organisée avec les établissements de santé de rattachement, voire le centre hospitalier le plus proche capable d'assurer un traitement de substitution de l'insuffisance rénale chronique.

Une coordination doit être travaillée avec l'administration pénitentiaire pour mettre en place l'organisation la mieux adaptée aux contraintes du traitement. Dans ces cas peu nombreux, on cherchera à privilégier une affectation dans un établissement pénitentiaire à proximité d'un centre hospitalier équipé.

14. « Le projet d'accueil individualisé (PAI) résulte d'une concertation entre les différents intervenants impliqués dans la vie du jeune (parents, médecins traitants, services PJJ) afin d'organiser, compte tenu des besoins du jeune, les modalités de la vie quotidienne dans l'institution, dans le respect des compétences de chacun ». Guide « Les dispositions en santé à la protection judiciaire de la jeunesse », 2008 [disponible sur <http://intranet.justice.gouv.fr/dpjj/actu/sante/gtsv0108.pdf>].

3 - L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Il convient de développer en milieu pénitentiaire **l'éducation thérapeutique du patient** souffrant d'une **pathologie chronique**¹⁵ et en capacité d'être inclus dans un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Définition

D'après la définition de l'OMS : « *L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie*¹⁶. »

Organisation

L'ETP est inscrite dans la loi¹⁷.

Les programmes sont autorisés par le directeur général (DG) de l'agence régionale de santé (ARS) compétente dans les conditions mentionnées par le décret 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation et de renouvellement. Ils sont rédigés sur la base d'un cahier des charges national précisé par l'arrêté du 15 janvier 2015. Ils sont autorisés pour **une durée de quatre ans**.

Les associations de patients ont développé des savoir-faire dans ces domaines, leur intervention pour le soutien et l'accompagnement des personnes doit être facilitée.

Les actions d'ETP concernent également les mineurs. Elles sont organisées en lien avec les professionnels de la PJJ dans le cadre du travail éducatif engagé avec les mineurs.

L'ensemble des textes réglementaires et une foire aux questions sont disponibles sur le site du ministère chargé de la Santé :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/>

Pour toute question, l'ARS est l'organisme de référence : <http://www.ars.sante.fr/portail.0.html>

15. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf et <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient-questions-reponses-relative-aux-programmes-d>

16. OMS, *Glossaire de la promotion de la santé*, 1998.

17. Art. L. 1161-1, L. 1161-2 et L. 1161-4 du CSP.

CAHIER 3

PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

P. 279 > 289

La prévalence élevée des addictions parmi les personnes entrant en détention en France est un constat établi. Il convient donc d'être particulièrement attentif pour assurer les meilleures conditions de prise en charge aux personnes concernées.

Le repérage des personnes dépendantes (dorénavant inscrit dans la loi¹), la nécessité de soins adaptés et d'un suivi en détention, ainsi que la continuité des soins à l'entrée et à la sortie de prison sont des étapes essentielles où chaque intervenant – sanitaire, social et pénitentiaire – doit agir en coordination.

Une note interministérielle de 2001² précise un certain nombre de recommandations. Une instruction de novembre 2010³ reprecise les modalités de coordination des différents acteurs et de prise en charge.

Enfin, l'article 41 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 définit les objectifs et les modalités de la politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) liés à l'usage de substances psychoactives. Cette politique s'applique aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral.

1. L'art. 44 de la LMSS du 26 janvier 2016 prévoit à son premier alinéa : « Au début de son incarcération, il est proposé à toute personne détenue un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac. »

2. Note interministérielle du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites.

3. Instruction n° DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

FICHE 1

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS : DU REPÉRAGE À LA SORTIE DE DÉTENTION, L'INSTRUCTION DU 17 NOVEMBRE 2010

La prise en charge globale doit permettre le repérage, le diagnostic et la définition d'un projet de soins dans lequel sont coordonnés, en tant que de besoin, le suivi du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi de traitements de substitution.

La prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addiction inclut des missions pouvant nécessiter l'intervention de professionnels issus de différentes équipes. Elle nécessite une forte coordination entre les intervenants autour du projet de soins de la personne (médecins de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire [USMP], du centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA], du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues [CAARUD], de l'équipe de liaison et de soins en addictologie [ELSA], etc.).

Les principaux temps de la prise en charge couvrent : le repérage, le diagnostic, la définition d'un projet de soins et la préparation à la sortie.

1 - REPÉRAGE SYSTÉMATIQUE DE TOUTE PERSONNE ENTRANT EN DÉTENTION, PRÉSENTANT UNE ADDICTION ET BÉNÉFICIAIRE OU NON D'UN TRAITEMENT POUR SA DÉPENDANCE

Le repérage des personnes présentant une addiction doit être effectué par les acteurs de première ligne, les professionnels des USMP, lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée et/ou dans les premiers jours suivant l'incarcération. Il peut aussi être fait tout au long du parcours de la détention.

Lors de cette consultation, il est proposé à la personne détenue et aux détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs (sauf si le mineur souhaite garder le secret⁴) la réalisation d'« *un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac* » et la vérification de la prise éventuelle de traitements relatifs aux addictions (cf. annexe 1 de l'instruction du 17 novembre 2010). À l'issue de ce repérage, une orientation est réalisée, si nécessaire, vers les professionnels spécialisés.

4. Art. L. 111-5 du CSP.

2 - DIAGNOSTIC

Le diagnostic est posé par un professionnel de santé compétent en addictologie, qui définit un projet de soins adapté, si besoin spécialisés, accessibles dans le cadre de la détention.

3 - PROJET DE SOINS

Le projet de soins adapté intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi, si nécessaire, de traitements de substitution, la prise en charge d'éventuelles comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, l'accompagnement et le suivi psychologique et médico-social.

Le recours spécialisé est assuré selon les besoins du patient et les organisations locales, par :

- un médecin addictologue intervenant dans l'établissement, ou un professionnel d'une ELSA du centre hospitalier de rattachement de l'USMP ;
- ou un professionnel d'un CSAPA de proximité, voire d'une consultation jeune consommateur (CJC) pour les mineurs⁵, identifié comme référent pour l'établissement pénitentiaire.

4 - PRÉPARATION À LA SORTIE

Pour favoriser le suivi du patient lors de la sortie, le personnel du CSAPA référent et/ou le professionnel référent de la prise en charge assurent la mise en relation du patient avec des partenaires extérieurs.

En fonction des situations, dans le respect des missions de chacun, les contacts doivent être les plus précoces possibles et se concevoir en articulation avec les conseillers du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et/ou les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Ce afin de garantir les conditions de la continuité effective des soins à la sortie. Dans cette perspective, l'appel téléphonique et la permission de sortir doivent être privilégiés. Pour les personnes condamnées, il est vérifié lors de la visite médicale, dans le mois précédent la sortie, que les contacts sont établis.

Pour les personnes présentant un risque d'overdose aux opiacés à leur sortie de détention, la délivrance de naloxone doit être discutée en amont. La délivrance est assurée par l'USMP dès lors que l'indication est posée, en lien avec les soignants assurant la continuité de la prise en charge à l'extérieur.

5. <http://www.drogues.gouv.fr/actualites/dossiers/prevenir-accompagner-consultations-jeunes-consommateurs>

FICHE 2

L'INTERVENTION DES CSAPA POUR LES PERSONNES INCARCÉRÉES

1 - DÉFINITION D'UN CSAPA

Créés par la loi du 2 janvier 2002⁶, les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Fixées réglementairement⁷, leurs missions s'étendent également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique). Une circulaire de 2008 précise leurs conditions de mise en place⁸.

Les CSAPA sont gérés soit par un établissement de santé, soit par une association. Ils fonctionnent en ambulatoire et/ou avec hébergement. Ils remplacent – en les réunissant sous un statut commun – les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Une dizaine d'établissements pénitentiaires de grande densité carcérale disposent d'un CSAPA en propre, qui dépend de l'établissement de santé de rattachement.

2 - MISSIONS DES CSAPA

Les CSAPA se caractérisent par :

- **leur proximité** : créations d'antennes, interventions en dehors des locaux ;
- **leur pluridisciplinarité** : professionnels de santé et travailleurs sociaux pour une prise charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative ;
- **un accompagnement dans la durée** : suivi du patient et de son entourage tout au long du parcours de soins autant que nécessaire ;
- une CJC pour certains CSAPA.

6. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

7. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des CSAPA et décret n° 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des CSAPA.

8. Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Les CSAPA ont **cinq missions obligatoires** : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, la prise en charge – dont la RDRD – et/ou l'orientation, et les activités de prévention⁹. Ils ont également **quatre missions facultatives** : consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs, activité de formation et de recherche, prise en charge des addictions sans substance, intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

Quelle que soit la spécialisation du CSAPA (soit pour toutes les addictions, soit pour les drogues illicites, soit pour l'alcool), il doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, y compris le tabac.

9. Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

FICHE 3

LE DISPOSITIF DE PILOTAGE

La qualité de la prise en charge implique une organisation lisible de l'ensemble des intervenants. Le pilotage intègre :

- **une fonction de pilotage.** Cette fonction est assurée par une personne exerçant au sein des structures de soins somatiques ou psychiatriques (médecin, infirmier, etc.). Cette personne est désignée par le coordonnateur de l'USMP. Elle assure des fonctions de coordination ;
- **un protocole organisationnel local.** Celui-ci est élaboré sous l'impulsion de la personne assurant la fonction de pilotage (coordination). Il est soumis au comité de coordination. Il fait l'objet d'une validation par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Ce protocole acte la nomination de la personne coordinatrice et du CSAPA référent. Il précise la place et le rôle des différents intervenants (dispositif de soins somatiques/ dispositif de soins psychiatriques, médecin addictologue, ELSA, CSAPA), en tenant compte des spécificités locales ;
- **un rapport annuel d'évaluation de l'activité réalisée**, tenant compte des indicateurs de suivi figurant dans l'instruction du 17 novembre 2010.

FICHE 4

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)

Selon les données de l'enquête Prévacar, la prévalence des TSO parmi les personnes détenues est estimée en moyenne à 8 %, sur la base d'un échantillon représentatif élaboré par l'Institut de veille sanitaire (InVS), le résultat étant extrapolable à l'ensemble de la population incarcérée en juin 2010. Cette enquête dresse plusieurs constats¹⁰. Un relevé d'activité des unités sanitaires de 2011 à 2012, d'après les données de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD), a permis de documenter les prescriptions de TSO en détention. Sur l'année 2012, le taux de personnes sous substitution était de 5 % à 13 % selon la typologie de l'établissement pénitentiaire, avec un taux moyen de 9 %.

Les personnes détenues rencontrant un problème de consommation d'un produit licite ou illicite bénéficient, durant la période d'incarcération et à leur libération, d'une prise en charge adaptée afin d'améliorer leur accès aux soins.

Les traitements de substitution aux opiacés sont accessibles, selon les mêmes modalités qu'en milieu libre, à toutes les personnes détenues dépendantes des opiacés. L'accessibilité aux différentes formes de traitement est garantie. Les modalités de délivrance et de prise du traitement répondent aux recommandations scientifiques en vigueur et aux règles de l'autorisation de mise sur le marché des différentes spécialités.

Le *Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral*¹¹, réactualisé et publié en 2012 dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », constitue un outil destiné aux équipes de professionnels intervenant en détention. Il se présente sous forme de fiches qui rappellent les bonnes pratiques des TSO en milieu carcéral. Les fiches pratiques traitent notamment de la prescription des TSO à l'entrée en détention, du renouvellement, de la délivrance, du mésusage, de la coprescription et de la prise en charge des patients en globalité.

10. Prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral et offre de soins : Prévacar. Communication affichée aux journées nationales d'infectiologie, 2011.
11. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf

FICHE 5

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE TABAGIQUE

La période de l'incarcération peut conduire à une augmentation de la consommation de tabac en raison de phénomènes anxieux et de stress, dans un contexte de prévalence élevée de consommation de tabac. À l'inverse, elle peut aussi constituer l'occasion d'un bilan de la consommation tabagique et d'une motivation pour la contrôler, voire la diminuer ou la cesser.

Il est donc recommandé que soit proposée une aide au sevrage tabagique avec, notamment, la mise à disposition de substituts nicotiques, en particulier pour les mineurs qui n'ont pas le droit de fumer en détention¹².

Sur la base de la recommandation de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS)¹³, le dépistage individuel du tabagisme et le conseil d'arrêt aux fumeurs doivent être systématiques. L'accompagnement psychologique est la base de la prise en charge du patient. Chez les patients dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux. Les traitements de substitution nicotinique (TSN) sont le traitement médicamenteux de première intention. Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les trois à six mois suivants¹⁴.

Les personnes détenues entamant un sevrage, ainsi que les personnes qui ne fument pas, sont affectées en cellule « non-fumeurs » au sein de leur lieu de détention.

La circulaire du 31 janvier 2007¹⁵ rappelle que cette mesure de protection est prise pour protéger les détenus contre le tabagisme passif, dont la nocivité est démontrée.

En 2014, une enquête relative à la prescription des TSN en milieu carcéral a été réalisée par la Direction générale de la santé (DGS) pour établir un état des lieux des prescriptions des TSN à partir des données recueillies en 2011 et 2012, *via* l'OSSD¹⁶.

12. Art. D. 347 du CPP.

13. HAS, *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*, octobre 2013 [disponible en ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours].

14. Note DAP aux DISP du 11 août 2014 relative à l'utilisation de la cigarette électronique dans les établissements et services pénitentiaires.

15. Circulaire DHOS/DAP du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire applicable le 1^{er} février 2007.

16. La DGOS a mis en place un OSSD. Les données sont recueillies sur une plate-forme *ad hoc*. Elles doivent aider à définir les plans d'actions nationaux et régionaux pour améliorer la prise en charge sanitaire dans tous les établissements de santé. Les unités sanitaires y renseignent annuellement un rapport d'activité type. Cet observatoire permet également la réalisation d'enquêtes ponctuelles.

Il ressort de cette enquête que le taux de prescription pour les USMP répondantes est relativement stable d'une année sur l'autre et homogène selon le type d'établissement (de l'ordre de 4 % en 2011, de 5 % en 2012).

Les recommandations préconisées se déclinent en quatre points :

- améliorer la qualité du recueil de données, pour permettre une meilleure connaissance de la prise en charge du tabagisme en milieu carcéral et de l'état de santé à l'entrée et en cours de détention, en particulier sur les maladies chroniques, dont les broncho-pneumopathies obstructives (BPCO) et les cancers liés au tabagisme ;
- éviter l'entrée dans la consommation, notamment pour le public jeune – mineurs et jeunes adultes – en faisant du critère du tabagisme un critère d'affectation dans les cellules des personnes détenues, afin que celles-ci ne soient pas encouragées à entrer dans une consommation de tabac et qu'elles ne soient pas victimes de tabagisme passif ;
- améliorer la prise en charge et aider à l'arrêt du tabac, en renforçant le repérage des addictions à l'entrée, conformément à l'instruction du 17 novembre 2010, et en renforçant l'offre et la pratique du sevrage tabagique ;
- assurer l'accès aux dispositifs de promotion pour la santé à destination de la population générale (opération « Moi(s) sans tabac »).

FICHE 6

LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

Cette orientation se concrétise par des actions de réduction des risques et des programmes d'éducation pour la santé, voire de promotion de la santé. Pour le développement de ce type d'actions, il existe des documents de référence et quelques principes clé dont dépend l'efficacité des actions : un comité de pilotage coordonné par l'USMP, qui définit les objectifs annuels, une coopération des programmes d'action, idéalement avec les bénéficiaires, en lien avec l'administration pénitentiaire et avec un partenariat adapté.

Ces actions sont complémentaires à celles menées par l'établissement pénitentiaire relatives à la lutte contre la circulation de substances psychoactives.

D'importants projets innovants, d'études et d'interventions étant en cours et des textes juridiques devant encore être élaborés, cette fiche fera l'objet d'un développement et d'une actualisation ultérieure. La réduction des risques infectieux est abordée au Livre 4, Cahier 1, Chapitre 3.

CAHIER 4

PRÉVENTION, REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DU SUICIDE

P. 291 > 305

Le suicide en milieu carcéral est une problématique prioritaire qui justifie la mobilisation des services pénitentiaires, sanitaires et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) sur les plans du repérage précoce, de la prévention du risque suicidaire, de la prise en charge de la crise suicidaire et de la postvention. Des raisons multiples peuvent expliquer des suicides en milieu carcéral, notamment :

- une population à risque : la prévalence des troubles psychiatriques, des troubles de la personnalité et des troubles addictifs en prison (à âges comparables) ;
- les contraintes liées à la privation de liberté, qui peuvent être associées à d'autres facteurs de risque et favoriser le passage à l'acte effectif. Ainsi, tout comme le contexte socio-professionnel et familial, les événements judiciaires et pénitentiaires sont des facteurs de risque identifiés.

La première semaine d'incarcération est particulièrement à risque. En 2015 et en 2016, 17 % des suicides ont eu lieu lors des dix premiers jours de l'incarcération. Le quartier disciplinaire est aussi un lieu sensible en termes de risque de passage à l'acte suicidaire : 14 % des suicides y ont été recensés en 2015, 16 % en 2016.

L'écoute des personnes détenues peut permettre de déceler la source de la détresse et de constater que la résolution d'une crise suicidaire ne peut pas toujours se faire par une prescription médicamenteuse ou par d'autres médiations thérapeutiques, qui parfois peuvent même s'avérer contre-productives.

Afin de parvenir à une baisse durable du nombre de suicides en prison, il est primordial de garder à l'esprit que la détection et la protection ne peuvent ressortir uniquement de la vigilance du personnel pénitentiaire et du personnel médical. Elles impliquent tous les acteurs de la vie carcérale : bénévoles, intervenants divers, familles et codétenus ou dispositif de codétenus de soutien (CDS).

Des données complémentaires sont disponibles dans les articles suivants :

- « Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche », Observatoire national du suicide, 1^{er} rapport, novembre 2014, Fiche 8 relative au suicide des personnes détenues en France ;
- « L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945 », « Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'INVS*, n° 47-48, décembre 2011 ;
- « Suicides des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », revue *Populations*, 69 (4), 2014, Ined.

La prévention, le repérage et la prise en charge du potentiel suicidaire s'inscrivent dans le cadre :

- des recommandations de la conférence de consensus clinique sur « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (ANAES, octobre 2000) ;
- de la circulaire conjointe justice-santé du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires, qui pose la base des actions de repérage, de formation disciplinaire et de postvention ;
- du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral ;
- du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » ;
- de la circulaire NOR JUS K 1140021C du 2 août 2011 relative à l'échange d'informations entre les services relevant du ministère de la Justice, visant à la prévention du suicide en milieu carcéral ;
- du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

FICHE 1

TERMINOLOGIE RELATIVE À LA PRÉVENTION DU SUICIDE

1 - DÉFINITIONS DU SUICIDE

Le suicide est un acte auto-infligé avec intention de mourir dont résulte la mort.

La tentative de suicide est un acte auto-infligé avec intention de mourir sans issue fatale.

Les idées suicidaires correspondent au désir de mettre fin à ses souffrances lorsque les autres solutions échouent. Les idées se développent au cours d'une période comportant des étapes décrites dans les formations : flashs suicidaires, idées fréquentes, rumination, programmation du scénario (avec quoi, où, comment et quand) et mise en œuvre.

2 - L'URGENCE SUICIDAIRE

2-A. DÉFINITION

Le degré d'urgence suicidaire permet de définir le stade de progression de la crise suicidaire dont découlera la conduite à tenir. Le niveau d'urgence suicidaire est défini :

- par la précision du scénario suicidaire ;
- par son délai de mise en œuvre envisagé.

2-B. ON CONSIDÈRE TROIS NIVEAUX D'URGENCE

	Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Planification suicidaire	Le moyen n'est pas déterminé ou il est très peu précis (liste de moyens vaguement envisagés). La personne n'a pas l'intention de passer à l'acte dans un court délai.	Soit que la planification est détaillée (moyen, lieu et temps déterminés) mais que le temps prévu soit au-delà de 48 heures ; soit que le moyen ou le temps ne soit pas déterminé.	Tous les éléments de la planification sont déterminés [coq : comment (moyen disponible), ou, quand] et le passage à l'acte est prévu dans les 48 heures ou est imminent.
État émotif de la personne	Sentiment de découragement. Les premières idées suicidaires peuvent être envisagées avec angoisse. Ne semble pas en crise. Apparaît en contrôle. N'envisage pas de poser un geste suicidaire à court terme.	Troublée émotionnellement. Paraît vulnérable et fragile. Peut passer du calme à la crise très rapidement. Elle rumine de plus en plus l'idée suicidaire. Elle renonce difficilement à son projet suicidaire.	Le suicide est devenu la seule solution. La crise est très prononcée, la personne est agitée ou exprime beaucoup d'émotions intenses (tristesse, colère, pleurs). La personne peut expliquer rationnellement son intention de suicide, en parle avec détachement ou apparaît anormalement euphorique. Ne se sent pas en contrôle ; a peur de passer à l'acte. La personne dit qu'elle n'en peut plus, elle semble dépassée et sans espoir.
Aspects fonctionnels (sommeil, alimentation, occupation)	Manque de motivation et d'intérêt, mais peut être encore apte à fonctionner dans ses activités quotidiennes. Le sommeil et l'alimentation peuvent être partiellement affectés.	Beaucoup de difficultés à fonctionner dans son quotidien. Dérèglements importants du sommeil et de l'alimentation.	La personne ne peut plus fonctionner (agitation ou immobilisme). Elle peut aussi retrouver un état de calme apparent face au suicide. Le retour de certains aspects fonctionnels peut donner une fausse impression que la situation s'améliore.
Projets	La personne parle de projets présents ou futurs. S'assurer que les projets sont bien réels.	La personne peut parler de projets ou d'engagements particuliers, mais l'intérêt qu'elle y porte est très faible.	La personne n'a aucun projet au-delà des 48 prochaines heures.
Volonté à accepter l'aide offerte	Accepte généralement l'aide offerte. Elle dit qu'elle appellera si cela ne va pas.	La personne peut nier avoir besoin d'aide. Elle renonce difficilement à son projet suicidaire. Elle peut cependant accepter de remettre l'élaboration de son plan suicidaire à condition d'être vue rapidement (d'ici 24 à 48 heures).	La personne peut ne pas vouloir d'aide ou l'accepter sans y croire.

La grille est adaptée au milieu ouvert et doit donc être interprétée avec prudence pour le milieu fermé. En effet, l'état émotif peut être en rapport avec des attitudes et comportements liés à une position de contestation de facteurs judiciaires et pénitentiaires qui rendent plus complexe l'appréciation de l'urgence suicidaire (en ligne : http://www.chrr.qc.ca/professionnelle/guide/pdf/autres/estimation_suicidaire.pdf).

2-C. LES ACTEURS DU REPÉRAGE DE L'URGENCE SUICIDAIRE

Tout intervenant auprès des personnes détenues participe au repérage de l'urgence suicidaire à tout moment de sa pratique. Ce repérage est particulièrement réalisé lors des situations à risque (arrivée, changement d'affectation, transfert, décision de justice, etc.).

Il revient aux personnels non sanitaires de signaler sans délai aux personnels de santé (unité sanitaire en milieu pénitentiaire [USMP], Centre 15) toute personne repérée en situation d'urgence élevée. Dans l'attente, le personnel pénitentiaire peut placer la personne détenue sous dotation de protection d'urgence (DPU) ou en cellule de protection d'urgence (CProU), selon les modalités précisées en Fiche 3.

Les autres situations d'urgence sont également systématiquement signalées au partenaire sanitaire dans un délai inférieur à 24 heures, afin qu'une prise en charge adaptée soit rapidement mise en œuvre. Par définition, elles ne justifient pas le recours à la DPU ni à la CProU. Le cas échéant, l'évaluation du niveau de l'urgence doit être reconsidérée.

2-D. LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE SUICIDAIRE

Seuls les personnels sanitaires sont compétents pour décider des modalités de prise en charge d'une personne repérée en situation d'urgence suicidaire. Il peut s'agir d'une mesure d'hospitalisation avec ou sans consentement, d'une prise en charge ambulatoire assurée au sein de l'établissement pénitentiaire (suivi médical, psychologique, traitement médicamenteux, etc.).

Lorsqu'il y a une urgence élevée et que le personnel sanitaire décide d'une mesure d'hospitalisation, tous les moyens devront être mis en œuvre pour qu'elle soit effective sans délai, le maintien des patients en détention risquant d'augmenter le risque de passage à l'acte malgré les mesures de prévention mises en place.

3 - LA DANGÉROSITÉ SUICIDAIRE

3-A. DÉFINITION

La dangerosité suicidaire correspond à l'accessibilité du moyen considéré pour le passage à l'acte suicidaire et sa létalité (entraînant directement ou non la mort). Par exemple, la dangerosité suicidaire sera considérée comme élevée, si une personne envisage de se suicider par pendaison et qu'elle dispose d'un cordon ou d'un linge qu'elle peut nouer autour du cou, qu'elle est seule dans une cellule disposant d'une patère en hauteur. La dangerosité suicidaire sera considérée comme faible, si une personne envisage de se suicider par intoxication avec des médicaments à faible létalité, qu'elle est détenue en quartier d'isolement et ne bénéficie pas de traitement médicamenteux délivré par l'unité sanitaire.

3-B. LES ACTEURS DU REPÉRAGE DE LA DANGÉROSITÉ SUICIDAIRE

Tout intervenant auprès des personnes placées sous main de justice peut repérer la dangerosité suicidaire, à partir du moment où il est informé de l'intentionnalité de la personne concernée.

3-C. LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DANGÉROSITÉ SUICIDAIRE

La prise en charge d'une situation de dangerosité suicidaire nécessite une coordination entre les partenaires pénitentiaires et sanitaires afin que le personnel pouvant agir sur l'accessibilité du moyen considéré pour le passage à l'acte suicidaire ait connaissance de cette dangerosité. Cet échange d'information est réalisé, sans délai, entre les personnels sanitaires et les personnels pénitentiaires concernés, par tout moyen adapté. Il est souhaitable que les informations échangées soient tracées et que la personne concernée en soit informée. De même, cette dernière doit être informée des mesures mises en œuvre dans ce cadre.

Par ailleurs, cet échange d'informations est effectué dans le respect des règles relatives au secret médical, en tenant compte des missions de chacun et de l'intérêt de la personne concernée. Les mesures adoptées doivent être régulièrement réévaluées par les personnels soignants en fonction de l'évolution de la dangerosité suicidaire. L'administration pénitentiaire doit être informée des éventuels nouveaux aménagements sollicités.

4 - LE RISQUE DE SUICIDE

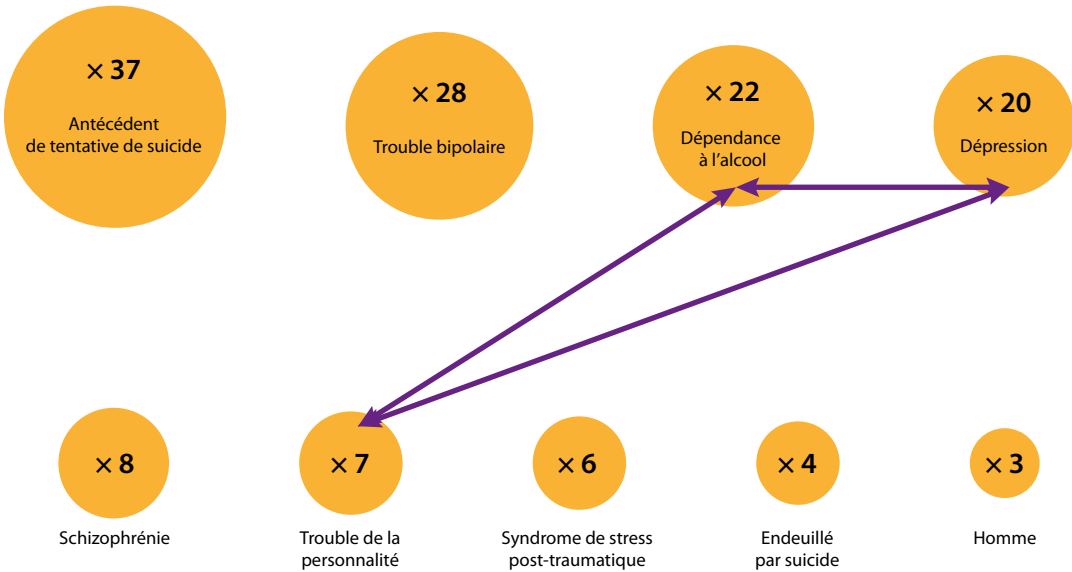
4-A. DÉFINITION

Le degré de risque de suicide est évalué à partir de la présence ou non, pour une personne, des facteurs de risque et de protection. Le risque de suicide est la probabilité de décéder par suicide au cours de la vie.

Note : les facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide ne sont pas totalement superposables. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes femmes, les suicides chez les hommes entre 35 et 55 ans.

	Les facteurs de protection	Les facteurs de risque
Du point de vue individuel	La résilience, la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'événements stressants et de faire face à l'adversité, à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse.	Les antécédents de tentative de suicide, de troubles psychiatriques, une santé physique altérée, certains traits de personnalité (faible estime de soi, impulsivité-agressivité, rigidité de la pensée, colère, propension au désespoir); les antécédents des suicides et tentatives de suicide dans la famille.
Du point de vue psychosocial	Le soutien socio-familial perçu et le fait d'avoir des enfants.	Des antécédents de maltraitance dans l'enfance ou de perte d'un parent durant l'enfance. Des difficultés économiques ou professionnelles. Un isolement social, une séparation ou perte récente, des échecs, des décisions judiciaires défavorables. Des difficultés dans le développement (difficulté scolaire, placement). Le suicide récent d'un proche ou d'une autre personne détenue.
Du point de vue culturel	Une croyance religieuse.	

UNE REPRÉSENTATION DES FACTEURS DE RISQUE ET DE LEURS POIDS RESPECTIFS (RISQUE RELATIF ET FRÉQUENCE)



Source : Bordeaux Rénovation. J-L Terra - 12 et 13 décembre 2016.

4-B. LES ACTEURS DU REPÉRAGE DU RISQUE SUICIDAIRE

Tout intervenant auprès des personnes détenues peut repérer leurs facteurs de risque de suicide et de protection. Afin que ce repérage soit opérant, il est indispensable que les informations soient collectées et partagées par les différents intervenants, dans le respect du secret professionnel et du secret médical pour les professionnels de santé.

L'**évaluation** du risque de suicide correspond à l'intégration des facteurs de protection et de risque à l'examen clinique de la personne concernée. Elle est réalisée par un personnel sanitaire après prise en compte des facteurs de risque et de protection communiqués par les différents intervenants.

4-C. LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE DE SUICIDE

L'administration pénitentiaire participe au développement des actions destinées à l'ensemble des personnes détenues, pour lutter contre les facteurs de risque de suicide et favoriser les facteurs de protection (lutte contre l'isolement : maintien des liens familiaux, accès aux activités ; lutte contre les maltraitances : lutte contre les agressions, etc.).

Il revient aux acteurs sanitaires d'indiquer à l'administration pénitentiaire les mesures pouvant être mises en place et relevant de sa compétence. Les professionnels de santé et l'administration pénitentiaire échangent régulièrement sur les organisations et les prises en charge sanitaires proposées aux personnes, afin de faciliter l'organisation des soins prescrits dans le respect des règles déontologiques. L'ensemble de ces mesures est présenté, discuté et régulièrement évalué, dans chaque établissement, notamment au cours de la commission pluridisciplinaire unique « Prévention suicide », ou tout autre dispositif de concertation ne portant pas sur une personne détenue en particulier, dans le respect des missions de chacun et des règles déontologiques.

FICHE 2

OUTILS

À noter qu'un outil d'évaluation du potentiel suicidaire formalisé au travers d'une « grille d'évaluation du potentiel suicidaire » est renseigné par le personnel pénitentiaire à l'aide des éléments du dossier pénitentiaire et des déclarations de la personne détenue. Cette grille est systématiquement remplie à l'issue de l'entretien effectué lors de l'arrivée en détention. Sa mise à jour est réalisée, si nécessaire, durant la période de la détention. Elle peut aider à la prise en charge des personnes détenues en crise suicidaire. Elle constitue un support de dialogue et de communication lors des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU)/prévention suicide et des réunions hebdomadaires relatives aux mineurs. Elle est transmise aux participants et intégrée dans le logiciel Genesis.

Lors de ces réunions, toute situation pour laquelle il existe un doute portant sur le potentiel suicidaire est examinée. L'objet est de déterminer la surveillance et les actions de protection, d'aide et de soins dont la personne détenue ainsi repérée doit bénéficier.

Les acteurs sanitaires sont informés de l'identification du risque suicidaire et confirment la réception du signalement.

1 - LES MINEURS

Cette problématique relève du champ large de la protection de l'enfance et de plusieurs modes de prise en charge (éducatif, médico-social, sanitaire et judiciaire).

Concernant les mineurs repérés en risque suicidaire¹⁷, les personnels pénitentiaires et de la PJJ adaptent les modalités de prise en charge. Le renforcement de l'intervention se traduit entre autres par une présence accrue du service de la PJJ auprès du mineur concerné lors d'entretiens individuels et d'activités socio-éducatives¹⁸. Les professionnels pénitentiaires et de la PJJ disposent d'une grille d'évaluation du risque suicidaire spécifique aux mineurs. À l'instar de la CPU, la réunion de l'équipe pluridisciplinaire est l'instance compétente pour suivre le parcours d'exécution de la peine du mineur détenu et évaluer son risque suicidaire à partir des signalements effectués par les différents services concernés¹⁹.

17. De 2008 à 2016, onze suicides de mineur en détention : près d'un mineur sur deux était en détention provisoire, cinq mineurs étaient détenus dans le cadre d'une procédure criminelle pour des faits d'atteinte sexuelle, dont un pour viol et homicide. Un sur deux avait fait l'objet d'un placement en CEF. Près d'un mineur sur deux est décédé dans les cinq premiers jours d'incarcération et plus de la moitié du vendredi au dimanche. Source : DPJJ/SDMPJE/K2.

18. Circulaire DACG/DAP/DPJJ du 2 août 2011 relative à l'échange d'informations entre les services relevant du ministère de la Justice et des Libertés visant à la prévention du suicide en milieu carcéral ; protocole d'échange d'informations entre les services judiciaires, l'AP et la PJJ visant à la prévention du suicide en milieu carcéral (+ annexe : grille « mineurs » d'évaluation du potentiel suicidaire), juin 2015.

19. Art. D. 514 du CPP.

FICHE 3

LA PRISE EN CHARGE PÉNITENTIAIRE DES PERSONNES DÉTENUES PRÉSENTANT UN RISQUE DE SUICIDE

La prise en charge d'une personne présentant un risque de suicide relève d'une action concertée entre les différents partenaires pouvant être amenés à intervenir. « *Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : l'entourage proche doit essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et de soin²⁰.* »

Lorsqu'une personne détenue est repérée en urgence suicidaire, elle est signalée au service médical ou fait l'objet, selon le degré d'urgence et en dehors des heures ouvrées, d'un appel au Centre 15. Pour favoriser l'adhésion au soin, il est important que la personne soit informée de ce signalement.

1 - MOYENS D'ACTIONS

1-A. PLAN INDIVIDUEL DE PROTECTION (PIP)

Les personnes détenues repérées comme présentant un risque de suicide élevé font l'objet d'une attention particulière de la part des personnels pénitentiaires.

Chaque personne repérée comme présentant un risque de suicide moyen ou élevé peut bénéficier d'un PIP, renseigné pendant la CPU/prévention suicide ou la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire si la personne détenue concernée est mineure. Ce PIP comprend des décisions prises par la commission présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire. Il comporte des actions précises visant à agir sur les facteurs de risque et de protection. Ce sont des données opérationnelles qui ont vocation à être diffusées à chaque service concerné. Elles peuvent aller de l'octroi d'une communication téléphonique supplémentaire à la demande rapide de consultation par le service médical, voire indiquer le niveau de surveillance à mettre en place (surveillance adaptée, multiplication des rondes, etc.).

20. Conférence de consensus, « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », ANAES, octobre 2000.

1-B. DOTATION DE PROTECTION D'URGENCE (DPU), CELLULE DE PROTECTION D'URGENCE (CProU)

En cas d'urgence suicidaire, le chef de l'établissement pénitentiaire signale dans les plus brefs délais la situation à l'USMP ou, le cas échéant, au Centre 15. Il peut décider de la remise d'une DPU ou du placement dans une CProU²¹.

DPU

La DPU est constituée :

- de deux couvertures indéchirables et résistantes au feu ;
- de vêtements déchirables à usage unique (tenue et serviette de toilette).

La DPU doit être utilisée pour les personnes placées en CProU. Elle peut l'être pour celles affectées en cellule des quartiers arrivants, quartiers disciplinaires ou d'isolement, et dans tous les cas lorsque la personne détenue est seule en cellule. La décision de remettre une DPU à une personne détenue revient au chef d'établissement pénitentiaire en cas de risque imminent de passage à l'acte suicidaire et/ou de crise suicidaire aiguë²², dans l'attente d'une évaluation par le personnel sanitaire. L'USMP, ou le Centre 15 en dehors des heures ouvrées, doivent être informés immédiatement des signes inquiétants que présente la personne et qui ont provoqué la mise en place de la protection d'urgence, afin que toutes les mesures de prise en charge sanitaire nécessaires soient prises. L'USMP confirme la réception de ce signalement

Placement dans une CProU

Cette cellule configurée pour limiter les risques de pendaison (cellule lisse) est destinée à accueillir momentanément les personnes détenues dont l'état apparaît incompatible, en raison d'une urgence suicidaire, avec son placement ou son maintien en cellule ordinaire. Le placement dans une CProU est limité à 24 heures. Une DPU (couverture spécifique et vêtements déchirables)²³ est systématiquement remise. L'USMP, ou le Centre 15 en dehors des heures ouvrées, doivent être informés immédiatement des signes inquiétants que présente la personne et qui ont provoqué la mise en œuvre de ce placement, afin que toutes les mesures de prise en charge sanitaire nécessaires soient prises. L'USMP confirme la réception de ce signalement.

Le DPU et la CProU étant des mesures non sanitaires relevant du chef d'établissement pénitentiaire, leur maintien ou leur prolongation ne peut faire l'objet d'une prescription médicale.

En dehors du recours à ces moyens d'actions, lorsqu'une personne détenue est repérée en urgence suicidaire, elle est signalée sans délai au service médical ou fait l'objet, selon le degré d'urgence et en dehors des heures ouvrées, d'un appel au Centre 15.

21. Recommandation n° 12 du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide des personnes détenues.

22. Fiche n° 4 du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral.

23. Fiche n° 9 du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral.

2 - PRISE EN CHARGE DES MINEURS

Lorsque la personne détenue en urgence suicidaire est un mineur, les parents et/ou les détenteurs de l'autorité parentale sont avisés de la situation par le chef d'établissement. L'information des titulaires de l'autorité parentale est assurée dans les meilleurs délais, concernant les raisons de ce placement et la prise en charge. Une information sur la prise en charge sanitaire est donnée par l'équipe soignante aux détenteurs de l'autorité parentale et devra être réalisée dans les meilleurs délais (cf. Livre 2, Cahier 1, Fiche – « Droits des patients détenus »).

FICHE 4

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES PRÉSENTANT UN RISQUE DE SUICIDE

L'entretien avec un personnel de santé est proposé à toute personne repérée comme étant en urgence suicidaire, présentant une dangerosité suicidaire ou un (ou plusieurs) facteurs de risque de suicide afin :

- d'évaluer l'urgence et la dangerosité suicidaire ainsi que le risque de suicide ;
- de prendre les mesures de prise en charge sanitaire nécessaires.

En fonction de l'évaluation de la situation signalée (urgence et dangerosité), le service sanitaire prendra la décision qui lui semble la plus adaptée (surveillance simple, consultation, hospitalisation, etc.) en privilégiant, dans toute la mesure du possible, l'adhésion du patient aux soins.

FICHE 5

LA POSTVENTION, OU MIEUX LIMITER LES CONSÉQUENCES D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

La postvention comprend l'ensemble des actions mises en place pour assurer la prise en charge des personnes qui ont été témoins du passage à l'acte suicidaire ou qui ont assuré des secours, ainsi que celles qui avaient noué une relation avec la personne qui s'est suicidée (famille, détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs, amis, codétenus, professionnels, intervenants).

D'une manière générale, l'amélioration de la prévention du suicide et de la prise en charge en postvention nécessite de la communication et du travail en commun entre les équipes sanitaires et pénitentiaires indépendamment des événements suicidaires aboutis. Il convient de prendre en compte également le ou les éventuels cocellulaires de la personne qui s'est suicidée, les codétenus l'ayant côtoyée (au travers d'activités en commun par exemple), ainsi que ceux traversant une crise suicidaire. Le chef de l'établissement pénitentiaire peut proposer un entretien avec un professionnel de santé intervenant dans l'établissement. L'objectif est de limiter le phénomène de contagion qui peut exister chez des personnes fragiles.

La possibilité de rencontrer un membre de l'équipe de soins est également proposée à la famille, ou au détenteur de l'autorité parentale lorsqu'il s'agit d'un mineur. L'information est relayée auprès du service éducatif de la PJJ afin d'accompagner ces personnes dans la réalisation de cette démarche.

S'agissant des personnels, le chef d'établissement organise un premier débriefing immédiatement après le suicide avec les professionnels ayant été impliqués dans la découverte et la gestion de l'événement. Celui-ci doit permettre de rassembler toutes les informations utiles et prendre les mesures pour le soutien des agents. Selon son degré d'implication dans le traitement du passage à l'acte donnant lieu à débriefing, le personnel sanitaire peut y être invité.

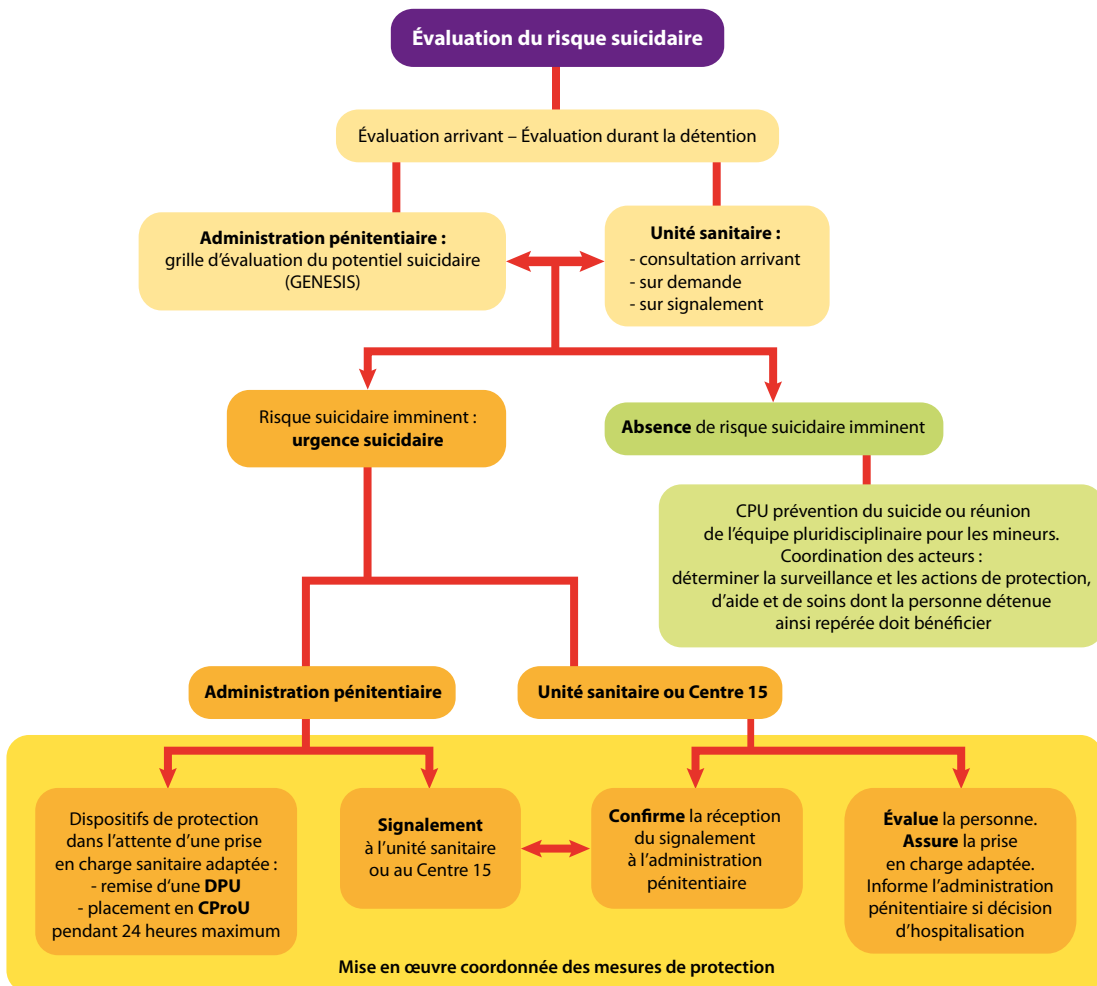
Un retour d'expérience (RETEX) est organisé dans le mois suivant l'événement. Ce RETEX est un moment d'échange collectif avec tous les acteurs et partenaires. Son objectif principal est l'amélioration des procédures de prévention du suicide mises en place au sein de l'établissement. Il s'inscrit dans une démarche qualitative d'optimisation des pratiques professionnelles. Il ne s'agit pas de juger les personnels mais d'un exercice d'introspection, systémique et pluridisciplinaire. Il est coanimé par le chef d'établissement et le référent

« prévention suicide » de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP). Le psychologue coordinateur peut venir en appui du référent prévention suicide.

Le RETEX rassemble les personnels et partenaires qui ont suivi la personne détenue décédée ou qui ont eu à connaître la personne. Il rassemble donc à la fois des personnels de l'administration pénitentiaire (direction, encadrement, surveillance, personnels pénitentiaires d'insertion et de probation) et d'autres personnels (de santé, enseignant, formateur professionnel, visiteur de prison, aumônier...) ayant accompagné la personne détenue qui s'est suicidée. Ce temps permet de réagir collectivement sur l'événement. À ce titre, il renforce la cohésion du groupe.

Les établissements de santé organisent également leur propre retour d'expérience, notamment dans le cadre de l'analyse des événements indésirables graves.

Des temps d'échanges sont organisés pour partager les conclusions de ces réunions.



CAHIER 5

PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL (AICS)

P. 307 > 320

FICHE 1

CONTEXTE ET FONDAMENTAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES AICS

Le principe d'un dispositif spécifique relatif à la prise en charge sanitaire des AICS ainsi qu'à la protection des mineurs a été instauré par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, qui a créé le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins.

La loi du 17 juin 1998 a ensuite été modifiée plusieurs fois jusqu'en 2010, dans le cadre des lois relatives à la prévention de la récidive ou à la rétention de sûreté.

Le champ du dispositif de l'injonction de soins, limité en 1998 aux infractions sexuelles, s'est progressivement élargi. Il concerne désormais les auteurs des infractions les plus graves et son application a été systématisée.

Parallèlement, différentes lois portées par le ministère de la Justice ont inscrit, dans le Code de procédure pénale (CPP), le principe de l'incitation aux soins des AICS pendant leur détention. En réponse à ces nouvelles exigences, plusieurs établissements pénitentiaires ont été désignés comme spécialisés dans l'accueil des AICS, ces établissements disposant de moyens sanitaires accrus.

La spécificité de la prise en charge sanitaire des auteurs d'infractions sexuelles tient donc à l'existence d'un cadre juridique particulier (incitation aux soins et injonction de soins), et à une offre de soins psychiatriques et psychologiques plus développée dans certains établissements pénitentiaires spécialisés. Elle tient également à la mise en place dans chaque région de centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS), qui animent le maillage santé-justice au niveau régional, et peuvent être sollicités par les équipes soignantes de tous les établissements pénitentiaires (cf. encadré).

Concernant les pratiques médicales, la Haute autorité de santé (HAS) a diffusé en juillet 2009, à l'attention des praticiens, des recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans (en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans).

Par ailleurs, le chapitre III du *Guide de l'injonction de soins* est consacré à la prise en charge sanitaire des personnes soumises à une injonction de soins. Il rappelle que celles-ci « *représentent une population qui doit*

être prise en charge par le dispositif de soins psychiatriques de la même manière que tout patient », tout en respectant les spécificités du cadre et des modalités de soins (en ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf).

Rappel de quelques définitions :

Les CRIAVS

Les CRIAVS ont été créés en 2006 sous forme d'un dispositif interrégional, puis ont été régionalisés en 2008 (circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 8 août 2008).

En 2011, 25 CRIAVS étaient en fonctionnement dans 23 régions. Ils assuraient un rôle de formation et de coordination des professionnels intervenant auprès des auteurs de violences sexuelles, en détention et hors détention.

Leurs missions sont les suivantes :

- la mise en place de formations initiales et continues pour les professionnels intervenant auprès des auteurs de violences sexuelles ;
- une mission de recherche et de réflexion sur les prises en charge et le suivi des auteurs de violences sexuelles ;
- la participation au développement de la prévention ;
- l'animation du maillage santé-justice dans l'objectif d'une collaboration étroite des champs santé, justice et accompagnement social ;
- la constitution d'un espace expert pour fournir, aux professionnels de secteur, un appui de qualité sur les difficultés et questionnements qu'ils peuvent avoir sur leurs pratiques cliniques ;
- la mise en place d'un centre de documentation.

Une base de données nationale recensant la littérature francophone et anglophone sur le sujet des violences sexuelles, des textes de loi, des éléments relatifs à l'actualité, etc., est disponible sur le site internet Théséas (<http://theseas.reseaudoc.org/opac/>).

1 - LE SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE

Il constitue une peine complémentaire à la peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle. En matière délictuelle, il peut être prononcé à titre de peine principale ou à titre de peine complémentaire. Il peut être prononcé à l'encontre des mineurs pour sanctionner les infractions de nature sexuelle et les meurtres aggravés²⁴.

Il impose au condamné l'obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance, destinées à prévenir la récidive à l'issue de la peine privative de liberté, sous le contrôle du juge d'application des peines (JAP) ou du juge des enfants (JE).

24. Art. 763-1 à 763-9 du CPP, art. 131-36-1 à 134-36-8 du CP.

2 - L'INJONCTION DE SOINS

Pour être prononcée :

- la personne doit avoir été condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru ;
- une expertise médicale doit avoir conclu à la possibilité d'un traitement.

Dès lors que ces conditions sont remplies, l'injonction de soins peut être prononcée :

- soit au moment du prononcé de la peine, dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, ou du suivi socio-judiciaire ;
- soit dans le cadre d'une mesure d'aménagement de peine sous forme de libération conditionnelle ;
- soit dans le cadre d'une mesure de sûreté (surveillance ou rétention).

L'injonction de soins commence à la sortie de la détention ; en détention, seule une incitation aux soins est possible.

3 - L'OBLIGATION DE SOINS

L'obligation de soins, prévue par l'article 132-45 du Code pénal (CP), est mise en œuvre sans procédure particulière. Mesure générale applicable avant ou après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins est non spécifique à la délinquance sexuelle, sans organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, ni exigence d'une expertise médicale préalable.

Une particularité de l'obligation de soins, l'injonction thérapeutique :

L'obligation de soins peut également consister en une « injonction thérapeutique » telle que prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique (CSP), pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. La mise en œuvre de l'injonction thérapeutique fait appel à l'intervention d'un médecin, habilité en qualité de médecin relais, qui fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure.

FICHE 2

LA PRISE EN CHARGE EN DÉTENTION : L'INCITATION AUX SOINS

1 - LE LIEU D'ACCOMPLISSEMENT DE LA PEINE

Le condamné doit exécuter sa peine dans un établissement pénitentiaire lui permettant un suivi médical et psychologique adapté²⁵.

La Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et le ministère des Solidarités et de la Santé ont souhaité mener une politique de prise en charge particulière des offres de soins, destinés aux personnes condamnées pour des faits de nature sexuelle. À cet effet, ont été désignés 22 établissements pénitentiaires pour peines spécialisés dans la prise en charge des AICS.

Un protocole santé/justice, signé le 16 décembre 2011, définit les modalités d'orientation des AICS, la prise en charge pénitentiaire et judiciaire spécifique, la réalisation d'un protocole local et l'évaluation des mesures mises en œuvre.

2 - LE RÔLE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

2-A. L'INCITATION AUX SOINS

D'une part, le personnel sanitaire peut inviter, voire inciter, la personne détenue à entreprendre, reprendre ou poursuivre une démarche de soins, à différents moments de son parcours pénitentiaire. Les prérequis du soin sont le consentement de la personne et la garantie de la confidentialité des échanges. La demande de soins peut également être formulée spontanément par la personne détenue elle-même auprès de l'équipe soignante.

D'autre part, le JAP ou le JE informe directement la personne de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à le suivre, l'information est renouvelée au moins une fois tous les ans²⁶.

25. Art. 717-1 et 763-7 du CPP.

26. Art. 763-7 du CPP.

Enfin, si un médecin estime que la personne est susceptible de faire l'objet d'un suivi médical et psychologique, le JAP ou le JE peut également proposer de suivre un traitement pendant la durée de sa détention²⁷.

Lorsque le détenu concerné est un mineur, une information aux détenteurs de l'autorité parentale, sur les modalités de l'incitation aux soins, est assurée, en coordination avec les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Ces derniers, en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale, peuvent accompagner le mineur dans son choix²⁸.

L'objectif poursuivi est de permettre à la personne détenue de s'engager dans le soin, si ce n'est pas déjà fait.

2-B. LES SOINS

La prise en charge des auteurs de violence sexuelle dans les établissements pénitentiaires non spécialisés ne fait pas l'objet d'une organisation des soins spécifique.

Dans les établissements où ce type de patients est présent, des thérapies de groupe centrées sur les problématiques de la violence sexuelle peuvent être proposées, mais elles s'inscrivent, comme tout autre type d'activités de groupe, dans la prise en charge psychiatrique générale des personnes détenues en milieu pénitentiaire de niveau 1.

Le personnel peut s'appuyer sur les CRIAVS, les formations et l'expertise qu'ils proposent.

2-C. LA DÉLIVRANCE D'ATTESTATIONS

Dès lors qu'une prise en charge est indiquée et acceptée par la personne, les équipes de soins définissent la méthode de soins appropriée à chaque patient. Ils lui remettent alors les attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de lui permettre de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement des soins. Les attestations de suivi conditionnent l'obtention d'aménagement de peine.

En effet, l'article 721-1 du CPP prévoit qu'une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en suivant une « *thérapie destinée à limiter les risques de récidive* ».

Sauf décision contraire du JAP ou du JE, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, qui refuse pendant son incarcération, de suivre le traitement qui lui est proposé par le JAP ou le JE en application des articles 717-1 et 763-7 du CPP.

27. Art. 717-1 du CPP.

28. Art. L. 1111-2 du CSP et art. 763-7 du CPP.

2-D. LA CONTINUITÉ DES SOINS

En cas de transfert vers un autre établissement pénitentiaire, l'équipe soignante veille à assurer la continuité des soins.

En cas de libération : les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné, sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du CP, au médecin coordonnateur, afin qu'il les transmette au médecin traitant²⁹.

3 - LE RÔLE DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET DE LA PJJ

L'administration pénitentiaire intervient à différents stades de la prise en charge des personnes condamnées à une mesure judiciaire pour laquelle une injonction de soins est prononcée :

- dans l'orientation de la personne détenue, avant son affectation en établissement pour peines ;
- le chef d'établissement pénitentiaire est chargé³⁰ de signaler au psychiatre intervenant dans l'établissement dont il a la charge, les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire. Il met, en outre, à sa disposition un résumé de la situation pénale, ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées dans le dossier individuel de la personne détenue ;
- les personnels pénitentiaires prennent, dans le cadre de leurs fonction et compétence, les dispositions logistiques nécessaires (locaux, organisation des mouvements, etc.) pour faciliter, à la demande du responsable médical, la mise en place d'ateliers et d'activités thérapeutiques de groupe, dans la mesure du possible et du respect des règles de sécurité des personnes et de l'établissement ;
- dans le cadre de la prise en charge effectuée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation et de manière adaptée aux besoins des personnes sous main de justice et aux risques de récidive.

Dans chaque établissement, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), ou la PJJ si le détenu est mineur, participe à l'élaboration d'un projet d'exécution de peine pour la personne détenue. Ils mettent également en œuvre, dans le cadre de leur mission de prévention de la récidive, toutes les actions nécessaires pour favoriser une insertion ou réinsertion sociale la plus efficiente possible (actions spécifiques, programme de prévention de la récidive et aménagement de peine). Les personnels des SPIP et ceux de la PJJ préparent ainsi la sortie, en étroite articulation avec les différents professionnels intervenant auprès des personnes détenues, notamment les personnels sanitaires.

Les SPIP participent également à l'incitation aux soins par le biais d'entretiens individuels et de programmes collectifs.

Les programmes de prévention de la récidive (PPR) consistent en une prise en charge collective sous forme de groupes de parole, dont l'objectif est de travailler sur le passage à l'acte et les conditions de sa non-répétition.

Les personnels de la PJJ offrent une intervention équivalente aux détenus mineurs : entretiens individuels et activités socio-éducatives, qui relèvent du champ de la santé. En lien avec le service de santé, les éducateurs sont soutenus dans leur mission par les interventions de psychologues et d'infirmiers de la PJJ, afin de cibler plus particulièrement leur action à destination des AICS.

29. Art. L. 3711-1 du CSP.
30. Art. R. 57-8-4 du CPP.

FICHE 3

LA PRISE EN CHARGE À LA LIBÉRATION (AMÉNAGEMENT OU FIN DE PEINE) : L'INJONCTION DE SOINS

1 - LA PRÉPARATION DE LA SORTIE

La libération de la personne détenue intervient (en dehors du cas de la délivrance d'une ordonnance de mise en liberté par le juge d'instruction pour un prévenu) soit en fin de peine, soit dans le cadre d'un aménagement de peine ou d'une libération sous contrainte³¹.

Dans l'ensemble de ces situations, la sortie est préparée en cohérence par tous les acteurs du milieu pénitentiaire, notamment les personnels du SPIP et ceux de la PJJ pour les détenus mineurs, sur les plans de la prévention de la récidive et l'unité de soins, et de la problématique médicale. Ce projet, établi en lien avec les services sanitaires et sociaux extérieurs, prend en compte les situations respectives de la famille et de la victime.

Lorsque la personne a été condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins à exécuter à la suite de la peine privative de liberté, le JAP – ou le JE – doit ordonner l'expertise médicale de l'intéressé avant sa libération, si la condamnation a été prononcée plus de deux ans auparavant ; sinon cette expertise est facultative³².

Quel que soit le cadre légal de l'injonction de soins, la personne concernée est placée sous le contrôle du JAP – ou du JE – dont dépend sa résidence habituelle³³.

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

32. Art. 763-4 du CPP.

33. Art. 763-1 du CPP.

2 - LES ACTEURS DE L'INJONCTION DE SOINS

2-A. LE JAP OU LE JE

Il désigne le médecin coordonnateur.

Il indique à la personne condamnée faisant l'objet d'un suivi, le nom du médecin coordonnateur désigné et qu'elle devra le rencontrer dans un délai qu'il fixe et qui ne peut être supérieur à 1 mois³⁴.

Lorsque la personne condamnée est détenue, le rappel des obligations est fait dans les jours précédant sa libération par le JAP – ou le JE pour les mineurs – sous le contrôle duquel le suivi socio-judiciaire doit être effectué. Le JAP du lieu de détention communique, en temps utile, au JAP compétent pour contrôler le suivi socio-judiciaire, le dossier individuel du condamné³⁵ établi et tenu par le greffier du JAP³⁶.

2-B. LE MÉDECIN COORDONNATEUR

Nomination

Le JAP ou le JE désigne, par ordonnance, un médecin coordonnateur sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée. Cette liste est établie tous les trois ans par le procureur de la République³⁷.

Le médecin coordonnateur ne peut avoir de lien (familial, d'alliance, intérêt professionnel) avec la personne condamnée, ni être son médecin traitant ou l'expert désigné dans la procédure³⁸.

La désignation du médecin coordonnateur doit intervenir, dans la mesure du possible, avant la libération d'un condamné détenu, dans le cadre de la préparation à la sortie, afin de faciliter la prise en charge dès la libération. Mais lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du CPP, cette désignation doit intervenir avant la libération, ou avant la fin de la rétention de sûreté de l'intéressé³⁹.

Missions (art L. 3711-1 du CSP)

- Le médecin coordonnateur convoque la personne soumise à l'injonction de soins pour un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de cette mesure. Il lui précise la nature de ses interventions ainsi que celles du médecin traitant et/ou du psychologue traitant et des acteurs judiciaires⁴⁰.
- Il invite la personne condamnée, au vu des expertises réalisées, à faire le choix d'un médecin traitant⁴¹. Dans le cas des personnes condamnées mineures, le choix du médecin est fait dans les mêmes conditions par les titulaires de l'autorité parentale ou, à défaut, par le juge des tutelles⁴². L'accord du mineur sur ce choix est recherché. Si la personnalité du condamné le justifie, le médecin coordonnateur peut inviter celui-ci à choisir,

34. Art. R. 61 du CPP.

35. Art. R. 61-4 du CPP.

36. Art. R. 61-3 du CPP.

37. Art. L. 3711-1 du CSP.

38. Art. R. 3711-8 du CSP.

39. Art. R. 3711-8 du CSP.

40. Art. R. 3711-12 du CSP.

41. Art. L. 3711-1 du CSP.

42. Art. R. 3711-12 du CSP et R. 3711-16.

soit en plus du médecin traitant, soit à la place de ce dernier, un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins cinq ans⁴³.

Ces deux missions sont mises en œuvre dans la mesure du possible, avant la libération du condamné détenu. Toutefois lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du CPP, elles doivent intervenir avant la libération ou la cessation de la rétention de sûreté⁴⁴.

- Le médecin coordonnateur informe le médecin traitant/et ou psychologue de sa désignation et s'assure de son consentement⁴⁵.
- Il conseille le médecin et/ou psychologue traitant si celui en fait la demande⁴⁶.
- Il transmet au JAP, au JE ou au travailleur social, les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins (IS)⁴⁷.
- Il convoque la personne détenue, périodiquement et au moins une fois par trimestre, pour réaliser un bilan de sa situation⁴⁸.
- Il transmet au JAP ou au JE les éléments nécessaires au contrôle de l'IS (au moins un rapport par an ou 2 par an si la personne est condamnée pour un crime mentionné à l'art. 706-53-13 du CPP).
- Il informe, en liaison avec le médecin traitant, la personne condamnée dont le suivi socio-judiciaire est arrivé à son terme de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire en lui donnant tous conseils utiles⁴⁹.

Le JAP – ou le JE – adresse au médecin coordonnateur une copie des pièces de la procédure utiles à l'exercice de sa mission ; ces documents sont restitués au juge en fin de mission⁵⁰.

Toute expertise médicale ordonnée par le JAP ou le JE, est communiquée en copie au médecin coordonnateur et, le cas échéant, au médecin traitant ou au psychologue traitant⁵¹.

2-C. LE MÉDECIN ET/OU PSYCHOLOGUE TRAITANT

Désignation

Ils sont choisis par la personne condamnée, ou par les détenteurs de l'autorité parentale dans l'hypothèse du mineur détenu, sous réserve de l'accord du médecin coordonnateur. Informés de ce choix par le médecin coordonnateur, ils ont 15 jours pour lui confirmer par écrit leur accord. En cas de silence gardé à l'expiration de ce délai ou en cas de réponse négative, le médecin coordonnateur invite la personne condamnée à choisir un autre médecin traitant⁵².

43. Art. L. 3711-4-1 du CSP.

44. Art. R. 3711-8 du CSP.

45. Art. R. 3711-14 du CSP.

46. Art. L. 3711-1-2° du CSP.

47. Art. L. 3711-1-3°.

48. Art. R. 3711-21 du CSP.

49. Art. L. 3711-1-4°.

50. Art. R. 3711-10 du CSP.

51. Art. R. 3711-23 et R. 3711-25 du CSP.

52. Art. R. 3711-14 du CSP.

Missions (art. L. 3711-3 du CSP)

- Organiser et effectuer l'accompagnement psychothérapeutique, prescrire éventuellement un traitement pharmacologique.
- Informer le JAP, le JE, le SPIP ou le service PJJ de l'interruption du traitement. En aviser immédiatement le médecin coordonnateur.
- En cas de refus ou d'interruption du traitement contre son avis, il le signale sans délai au médecin coordonnateur qui en informe, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, le JAP ou le JE. En cas d'indisponibilité du médecin coordonnateur, il peut informer directement le JAP ou le JE du refus ou de l'interruption du traitement intervenu contre son avis.
- Il peut proposer au JAP d'ordonner une expertise médicale.
- Délivrer au patient des attestations du suivi de traitement à intervalle régulier afin de lui permettre de justifier auprès du JAP ou du JE l'accomplissement de l'IS.

Le praticien traitant peut obtenir, à sa demande et par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, les pièces du dossier, notamment les expertises et le jugement⁵³.

Lorsqu'il cesse de suivre la personne, il retourne ces pièces au médecin coordonnateur, qui les transmet au JAP ou au JE.

Les dispositions relatives au médecin traitant des articles L. 3711-1 à L. 3711-3, à l'exception de celles concernant la prescription de traitements médicamenteux⁵⁴ et des articles R. 3711-12 à R. 3711-23 du CSP, sont également applicables au **psychologue traitant**⁵⁵.

53. Art. L. 3711-2 et R. 3711-22 du CSP.

54. Art. L. 3711-3 al. 5 du CSP.

55. Art. R. 3711-25 du CSP.

TABLEAU COMPARATIF ENTRE OBLIGATION ET INJONCTION DE SOINS		
Nature de la mesure	Obligation de soins (hors injonction thérapeutique)	Injonction de soins
Cadre légal	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle judiciaire. • Ajournement avec mise à l'épreuve. • Sursis avec mise à l'épreuve. • Mesures d'aménagement de peine. 	<p>Sauf décision contraire de la juridiction, dès lors que la personne est condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • suivi socio-judiciaire ; • surveillance judiciaire ; • libération conditionnelle ; • le sursis avec mise à l'épreuve ; • surveillance de sûreté ; • rétention de sûreté.
Conditions préalables	<ul style="list-style-type: none"> • L'expertise préalable n'est pas nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer. • Elle peut être ajoutée ou supprimée par ordonnance du JAP ou du JE, à tout moment de la mise en œuvre de la mesure. • Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à l'initiative des acteurs de terrain. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant, après débat contradictoire. • Elle peut être ajoutée à tout moment de la peine par le JAP ou du JE. • Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant et le JAP ou du JE.

Une particularité de l'obligation de soins : l'injonction thérapeutique pour les personnes ayant fait usage de stupéfiants ou ayant commis des infractions liées à l'abus d'alcool

L'obligation de soins peut être prononcée :

a) Avant déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une modalité du contrôle judiciaire (art. 138 - 10° du CPP)

Extrait de l'article 138 du CPP : « *Le contrôle judiciaire peut être ordonné par le juge d'instruction ou par le juge des libertés et de la détention, si la personne mise en examen encourt une peine d'emprisonnement correctionnel ou une peine plus grave. Ce contrôle astreint la personne concernée à se soumettre, selon la décision du juge d'instruction ou du juge des libertés et de la détention, à une ou plusieurs des obligations ci-après énumérées : [...]. 10° Se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication ;* »

b) Après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du CP pour :

- l'ajournement avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ;
- une mesure d'aménagement de peines.

Extrait de l'article 132-45 du CP : « *La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes : [...]. 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation.* » **Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du CSP, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcoolisées ;**

L'injonction thérapeutique codifiée aux articles L. 3413-1 à l'article L. 3423-1 du CSP a été instituée par la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses. Il s'agit du texte fondateur, en France, du droit applicable en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants. Ce dispositif a été réformé par la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007, qui l'a étendu aux personnes ayant commis des infractions liées à la consommation d'alcool. Il prévoit son prononcé à tout moment de la procédure pénale et la mise en place d'un dispositif cadré des médecins relais. Ces derniers deviennent l'interface entre le patient et l'autorité judiciaire et assurent la mise en place du protocole de soin.

Les fonctions du médecin relais¹ :

- mettre en œuvre la mesure d'injonction thérapeutique, en proposer les modalités et en contrôler le suivi effectif sur le plan sanitaire ;
- procéder à l'examen des personnes, contrôler la mise en œuvre effective de la mesure, assurer l'articulation entre le dispositif de prise en charge et l'autorité judiciaire qui a prononcé l'injonction thérapeutique ;
- accompagner sa collaboration d'un avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure.

La désignation : après dépôt d'un dossier auprès du directeur général (DG) de l'agence régionale de santé (ARS), les médecins relais habilités à procéder au suivi des mesures d'injonction thérapeutique doivent être inscrits sur une liste départementale établie par ce dernier, après avis du procureur général près de la cour d'appel.

La rémunération : les médecins relais perçoivent, pour chaque personne suivie par eux, une indemnité forfaitaire (132 euros par an et par personne suivie), dans les conditions prévues par arrêté conjoint des ministres chargés de

1. Art. L. 3413-3 du CSP.

Budget et de la Santé du 21 septembre 2009. L'arrêté devait être accompagné de la publication d'une circulaire, qui a vu sa parution geler en raison de la sortie du rapport de la Mission d'évaluation de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Le déroulement de la procédure d'injonction thérapeutique :

- le DG de l'ARS communique sans délai les pièces adressées par l'autorité judiciaire (procédure, enquête de personnalité, ordonnance, jugement de condamnation) au médecin relais, lequel procède à l'examen médical initial dans le mois suivant la réception de ces pièces ;
- le médecin relais fait connaître son avis motivé à l'autorité judiciaire et, s'il estime la mesure médicalement opportune, il informe l'intéressé ainsi que, le cas échéant, les détenteurs de l'autorité parentale des modalités d'exécution de l'injonction thérapeutique en l'invitant à lui indiquer, au plus tard dans les dix jours, le nom du médecin soignant qu'il a choisi ;
- si le consommateur ne connaît pas de médecin susceptible de le prendre en charge, le médecin relais lui indiquera une liste de médecins ou un centre de prise en charge et de soins spécialisés dans la toxicomanie. Le médecin, désigné par l'intéressé, est informé par le médecin relais du cadre juridique de la mesure ;
- le médecin relais procède ensuite aux examens médicaux au troisième et sixième mois de la mesure. À l'issue de chaque examen, il établit un rapport, adressé à l'autorité judiciaire ;
- la durée de la mesure de l'injonction thérapeutique est de six mois, renouvelable trois fois, soit 24 mois au plus.

CAHIER 6

PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS

P. 321 > 329

Contexte

La détention des mères avec leur nourrisson et des femmes enceintes se fait dans des quartiers adaptés au sein des établissements pénitentiaires. Les conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée sont rappelées dans la circulaire¹ du 16 août 1999. On compte 70 places de nurseries réparties dans 28 établissements en métropole et en outre-mer.

Lors de la révélation d'une grossesse pendant la détention, la personne détenue est accompagnée par les services sanitaires et sociaux dans son choix de poursuivre ou non sa grossesse.

Une personne mineure peut taire son état aux titulaires de l'autorité parentale². Dans ce cas, elle se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Les femmes enceintes de plus de 12 semaines condamnées peuvent bénéficier de mesures d'aménagement ou de suspension de peine³. Eu égard à leur situation médicale, les femmes enceintes prévenues peuvent bénéficier du dispositif de droit commun de mise en liberté pour motif médical⁴.

Lorsque la femme est mineure, un accompagnement éducatif spécifique doit être proposé lors de la grossesse, puis à la naissance du bébé.

Équipements immobiliers et mobiliers

Tous les établissements concernés doivent s'efforcer d'améliorer leurs équipements et de les rendre conformes aux conditions minimales d'accueil suivantes :

- eau chaude dans les cellules ;
- aménagement de la cellule pour permettre une séparation de l'espace de la mère et de celui de l'enfant (la télévision devant se trouver hors de l'espace de l'enfant) ;
- localisation des cellules permettant l'ouverture des portes pendant la journée ;
- superficie de la cellule individuelle au moins égale à 15 m² ;
- existence d'une salle d'activités permettant la confection des repas ;
- accès à une cour extérieure en dehors de la présence des autres détenues.

1. Circulaire JUSE 9940062C du 16/08/1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.

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

3. Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. L'art. 25 a créé un art. 708-1 du CPP qui impose la prise en compte, par le procureur de la République et par le juge de l'application des peines, de l'état de grossesse de plus de douze semaines d'une femme condamnée, lors de la mise à exécution de la peine d'emprisonnement prononcée à son encontre. Doit donc être favorisée, le cas échéant, l'exécution en milieu ouvert des peines prononcées sans mandat de dépôt et entrant dans le champ d'application de l'art. 723-15 du CPP ou être étudiée la possibilité d'en différer la mise à exécution lorsque l'application de l'art. 723-15 est exclue pour des motifs juridiques ou d'opportunité. De même, l'art. 723-16 du CPP (possibilité de mise à exécution en établissement pénitentiaire en cas de survenance d'un fait nouveau, d'une incarcération pour autre cause ou de risque avéré de fuite) ne devra être appliqué que lorsque la situation le justifie de manière impérieuse.

- L'art. 720-1 du CPP modifié prévoit que lorsque la personne condamnée est une femme enceinte de plus de 12 semaines ou exerce l'autorité parentale sur un enfant de moins de 10 ans ayant chez ce parent sa résidence habituelle, le seuil de deux années de peine restant à subir, prévu en matière de suspension de peine pour motif familial, est porté à quatre ans. Il s'agit d'une solution temporaire car elle ne fait que reporter l'incarcération qui se trouve interrompue.

- L'art. 729-3 du CPP : la libération conditionnelle prévue par cet article, dite libération conditionnelle parentale, pouvant être accordée aux personnes condamnées à une peine privative de liberté inférieure ou égale à 4 ans ou pour lesquelles la durée restant à subir est inférieure ou égale à 4 ans (sauf condamnation pour crime ou délit commis sur un mineur ou état de récidive légale) et visant jusqu'à présent exclusivement les condamnés exerçant l'autorité parentale sur un enfant de moins de 10 ans ayant chez ce parent sa résidence habituelle, bénéficie également aux femmes enceintes de plus de douze semaines.

- Les art. 723-1 et 723-7 du CPP qui étendent expressément à la libération conditionnelle parentale prévue par le nouvel art. 729-3 susvisé les mesures de semi-liberté, placement extérieur (art. 723-1 du CPP) ou surveillance électronique (art. 723-7 du CPP) probatoires à une libération conditionnelle.

Ainsi, une personne condamnée exerçant l'autorité parentale sur un enfant de moins de 10 ans, ou enceinte de plus de 12 semaines, et dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à 5 ans, peut bénéficier de l'une de ces mesures sous écrou, probatoire à une libération conditionnelle, pendant une durée égale ou inférieure à un an, qu'elle soit ou non en détention.

4. Art. 147-1 du CPP créé par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Ces établissements doivent également disposer de l'équipement nécessaire à l'accueil d'un enfant : lit, baignoire, chauffe-biberon, etc.

À noter que parmi les sept établissements pénitentiaires repérés pour accueillir les mineures détenues, trois établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs (EPM)⁵ disposent d'une cellule « mère-enfant ».

5. EPM Lavaur, EPM Meyzieu, EPM Quiévrechain.

FICHE 1

SUIVI DE LA FEMME ENCEINTE EN DÉTENTION

1 - EN PRÉ-PARTUM

Les **femmes enceintes** bénéficient d'une information⁶ adaptée à leur situation pendant la grossesse, d'un accompagnement spécifique (entretien prénatal précoce et sept séances de préparation à la naissance)⁷, d'un suivi prénatal médical obligatoire adapté au niveau de risque maternel et/ou fœtal⁸ et de la proposition de réaliser trois échographies obstétricales, réalisés par une équipe de gynécologie-obstétrique (médecin ou sage-femme) en collaboration avec les médecins de l'unité sanitaire.

Une attention particulière sera portée aux femmes enceintes mineures qui requièrent, du fait de leur jeune âge, des conditions de prise en charge adaptées⁹.

L'entretien prénatal précoce est proposé aux femmes par le professionnel de santé qui réalise le premier examen prénatal. Il est réalisé le plus tôt possible au cours de la grossesse et permet en particulier de repérer certaines situations de vulnérabilité qui peuvent relever d'une orientation spécialisée dès le début de la grossesse (entretien psychologique, consultation d'addictologie, etc.).

La déclaration de grossesse permet à la femme de bénéficier du suivi médical prévu par la loi : prise en charge à 100 % des examens et des bilans obligatoires par l'assurance maternité, prise en charge à 100 % par l'assurance maternité de tous les actes et examens remboursables, qu'ils soient en lien ou non avec la grossesse, à compter du premier jour du sixième mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement, et de bénéficier des prestations offertes par la caisse d'allocations familiales.

Le médecin de l'unité sanitaire doit veiller à ce que la grossesse soit déclarée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse ou, au-delà, dès que la grossesse est constatée.

6. HAS, *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*, avril 2005.

7. HAS, *Préparation à la naissance et à la parentalité*, novembre 2005.

8. HAS, *Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement*, mai 2007.

9. HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées*, mai 2007.

Un examen bucco-dentaire est également proposé à la femme enceinte à compter du quatrième mois de grossesse, dès lors que la déclaration de grossesse a été réalisée.

Le suivi de grossesse de la femme enceinte est réalisé par le médecin de l'USMP, un gynécologue obstétricien ou une sage-femme en fonction des besoins et des choix de la personne. Une extraction sanitaire est organisée si besoin pour assurer ce suivi. Les règles applicables en matière d'extraction médicale des femmes enceintes (ou des femmes passant un examen gynécologique) sont les suivantes : tout accouchement ou examen gynécologique, sans aucune exception, doit se dérouler sans menottes et entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues¹⁰. À partir du sixième mois de grossesse, les femmes enceintes ne doivent en aucun cas être simultanément menottées et entravées, quelles que soient la nature de la consultation et les circonstances, et y compris pendant le trajet entre l'établissement et le lieu de consultation. Elles ne peuvent être menottées que si leur dangerosité est avérée ; elles ne peuvent être entravées pendant les trajets et hors situations prévues à l'article 52 de la loi pénitentiaire qu'à titre exceptionnel, dès lors qu'elles sont connues pour leur grande dangerosité et, de surcroît, alternativement au port des menottes.

La survenue de situations à risque doit être régulièrement évaluée au cours de la grossesse par les professionnels qui assurent le suivi médical de la femme enceinte¹¹. Les modalités d'une hospitalisation prénatale en urgence (y compris de jour) doivent être prévues dans un établissement de santé adapté au niveau de risque identifié, qu'il soit maternel ou fœtal ; cet établissement pouvant être différent de l'hôpital de rattachement. Les établissements de santé concernés sont précisés dans le protocole cadre.

2 - ACCOUCHEMENT

Il doit se dérouler dans une maternité d'un niveau adapté à la prise en charge de la mère et du/des nouveau(x)-né(s)¹², tenant compte des éventuelles situations à risque préalablement diagnostiquées.

Lors de l'extraction, l'escorte devra obligatoirement comporter un personnel féminin. Tout accouchement, sans aucune exception, doit se dérouler sans menottes et entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire¹³, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues [art. 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009].

La mère peut demander à ce que le père de l'enfant assiste à l'accouchement. Dans le cas où le père est également détenu, et sous réserve de l'accord de la mère, il peut demander une permission de sortir.

10. Art. 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

11. HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des risques identifiés*, 2007.

12. Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le CSP.

13. Circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale du 18/11/2014.

3 - SUITE DE COUCHES¹⁴

Le suivi de la mère est assuré par l'unité sanitaire en lien avec le service de gynécologie obstétrique. Des séances de rééducation (pelvienne et abdominale) peuvent être proposées aux femmes.

La femme doit être accompagnée dans son choix de recourir ou non à l'allaitement¹⁵.

Une consultation postnatale doit obligatoirement être organisée au plus tard huit semaines après l'accouchement, à l'occasion de laquelle la question de la prescription d'une contraception post-partum sera abordée.

4 - TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MOYENS DE CONTRAINTE ET MESURES DE SURVEILLANCE LORS DES EXTRACTIONS MÉDICALES DES FEMMES ENCEINTES DE PLUS DE SIX MOIS

Moyens de contrainte pendant le trajet	Mesures de surveillance et moyens de contrainte pendant la consultation		
	Accouchement	Examen gynécologique	Autre examen
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de simultanéité dans le port des menottes et des entraves. • Port des menottes réservé à celle dont la dangerosité est avérée. • À titre exceptionnel : port des entraves possible, alternativement au port des menottes, pour les personnes connues pour leur grande dangerosité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hors la présence du personnel de surveillance. • Pas de menottes. • Pas d'entraves. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hors la présence du personnel pénitentiaire. • Pas d'entraves. • Pas de menottes. <p>Pour mémoire, ces prescriptions s'appliquent à toutes les femmes, enceintes ou non.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Présence ou hors présence du personnel, selon les règles habituelles. • Pas de simultanéité dans le port des menottes et des entraves. • Port des menottes réservé à celles dont la dangerosité est avérée. • À titre exceptionnel, port des entraves possible, alternativement au port des menottes, pour les personnes connues pour leur grande dangerosité.

14. La durée moyenne de séjour dans un établissement de santé est de 4,4 jours pour un accouchement par césarienne et de 4 jours pour un accouchement par voie basse, enquête nationale périnatale 2010 DGS/DREES/INSERM.

15. HAS, *Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation*, juin 2006 et HAS, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, 2014.

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

Les enfants peuvent être laissés en détention auprès de leur mère jusqu'à l'âge de 18 mois¹⁶. À la demande de la mère, la limite d'âge de 18 mois peut être reculée, sur décision du directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent, après avis d'une commission consultative¹⁷.

La prise en charge sanitaire de l'enfant laissé auprès de sa mère incarcérée est rappelée dans la circulaire relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral. Elle ne relève pas de la compétence de l'équipe soignante de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), sauf en cas d'urgence où cette dernière peut être amenée à intervenir dans l'attente de l'intervention sollicitée (après appel du Centre 15).

L'enfant n'ayant pas le statut de personne détenue et – sauf exception – la mère, y compris mineure, détenant l'autorité parentale, celle-ci choisit librement le médecin qui suit son enfant. Elle peut ainsi le désigner comme médecin traitant au titre de l'article L. 162.5-3 du Code de la Sécurité sociale (CSS). Le médecin doit bénéficier d'une autorisation d'accès à l'établissement. La mère doit pouvoir assister à la consultation, y compris lorsqu'une consultation est nécessaire en dehors de l'établissement pénitentiaire, sous réserve que sa situation pénale le lui permette.

Le cas échéant, la personne détenue peut désigner par écrit une personne de confiance pour accompagner l'enfant aux urgences.

Les agences régionales de santé (ARS), les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP), les établissements concernés et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) organisent localement un dispositif de soins qui prévoit :

- l'intervention régulière d'un ou de plusieurs médecins de ville dont les prestations sont proposées aux mères ;
- pour les urgences pédiatriques, le recours au Centre 15 qui centralise les appels et y répond de façon adaptée peut être retenu ;
- pour le suivi préventif de l'enfant¹⁸ l'intervention du service de protection maternelle et infantile (PMI), dans le cadre d'une convention du conseil départemental avec l'établissement pénitentiaire ;
- l'intervention d'un pédopsychiatre.

Une convention entre l'établissement pénitentiaire, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) pour les mères mineures, le conseil départemental et, le cas échéant, l'établissement de santé ayant un service de pédopsychiatrie, précise les modalités de leurs interventions.

Un carnet de santé est délivré pour tout enfant dès la déclaration de naissance¹⁹. En pratique, il est remis à la mère à la maternité. Les informations qu'il contient sont soumises au secret médical.

16. Art. D. 401 du CPP.

17. Art. D. 401-1 du CPP.

18. Art. L. 2111-2 du CSP.

19. Art. L. 2132-1 du CSP.

Parentalité : liens mère/enfant

Dans le contexte carcéral, une attention particulière doit être apportée au développement psychoaffectif de l'enfant et à la parentalité²⁰. Une attention particulière est apportée au maintien des liens mère/enfant et père/enfant ainsi qu'aux conditions de leur interruption éventuelle.

Il est recommandé qu'une coordination locale soit assurée par la PMI, au titre de ses missions médico-sociales préventives en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans, en lien avec l'USMP, le pédopsychiatre, le SPIP et, si nécessaire, le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Lorsqu'il s'agit d'une mère mineure, c'est la PJJ et non le SPIP qui intervient. La PJJ informe le juge des enfants en charge du dossier de la mère mineure et travaille en collaboration avec lui.

20. HAS, *Préparation à la naissance et à la parentalité*, novembre 2005.

FICHE 3

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)²¹

Une IVG peut être demandée par toute femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse. Dans le cas d'une personne mineure, le titulaire de l'exercice de l'autorité parentale est informé, sauf si la jeune femme mineure souhaite garder le secret²². Elle se fait alors accompagner dans sa démarche par un adulte de son choix.

L'IVG est réalisée conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun et aux recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de santé (HAS)²³.

Concernant les mineures, la prise en charge se différencie par le caractère obligatoire de certains entretiens²⁴.

Dans le cadre du suivi de sa grossesse, la femme enceinte peut bénéficier, si nécessaire, d'une interruption volontaire de grossesse pour motif médical.

21. Art. L. 2213-1 à L. 2213-3 du CSP (Santé de la mère et de l'enfant) et art. R. 2213-1 à R. 2213-6 du CSP (Santé de la mère).

22. Art. L. 2212-7 du CSP.

23. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2021610/fr/interruption-medicamenteuse-de-grossesse-les-protocoles-a-respecter

24. Voir art. L. 2212-4 du CSP.

CAHIER 7

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES

P. 331 > 346

INTRODUCTION

L'incarcération est un bouleversement dans la vie des mineurs qui peut avoir des répercussions sur leur santé. Mais c'est aussi une opportunité pour eux de s'y intéresser.

À ce titre, la prise en charge de la santé des personnes mineures doit faire l'objet d'une vigilance exercée par tous les acteurs participant à leur environnement, dont les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire et ceux des services de milieu ouvert compétents, en lien avec les titulaires de l'autorité parentale.

Les États parties veillent à ce que : « *Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par des visites, sauf circonstances exceptionnelles.* »

Art. 37c de la CIDE

L'intervention auprès des mineurs incarcérés est précisée dans deux textes de référence qui sont : la circulaire DAP/DPJJ du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs et la note DAP/DPJJ du 4 juillet 2014 relative au projet des établissements pénitentiaires habilités à l'accueil des mineurs.

La prise en charge sanitaire des mineurs relève du droit commun, comme pour les personnes majeures¹. Cependant la circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 n° 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés précise certaines caractéristiques liées à ce public. Elle rappelle également l'objectif de la politique de santé qui est de rendre le mineur acteur de sa santé.

Ces caractéristiques se déclinent en trois grands axes :

- l'exercice de l'autorité parentale ;
- l'accompagnement éducatif ;
- la spécificité de la prise en charge sanitaire du mineur détenu.

Les caractéristiques de prise en charge des mineurs reposent sur les principes suivants :

- **l'état de minorité** qui fonde l'incapacité d'une personne mineure à exercer seul ses droits et obligations issus de la loi ;
- **le devoir de protection et d'éducation des personnes mineures ;**
- **l'intérêt supérieur de l'enfant**¹.

1. Convention internationale des droits de l'enfant, art. 3, alinéa 1, résolution 44/25 du 20 novembre 1989, ONU et ratifiée par la France le 26 janvier 1990.

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

La détention d'une personne mineure tient compte de ces principes et y répond par :

- l'encellulement individuel ;
- la séparation des mineurs et des majeurs ;
- le travail sur le maintien ou le rétablissement des liens familiaux ;
- le respect de la pluridisciplinarité ;
- l'accès des personnes mineures à l'enseignement, à la santé, aux activités socio-éducatives et sportives ;
- la possibilité de maintenir un jeune majeur dans un lieu de détention pour personnes mineures si son intérêt le justifie (durant une période de six mois maximum).

Ainsi, outre l'avis de la personne mineure, pour toutes les questions concernant sa santé, le médecin doit veiller à prendre ces caractéristiques en considération aux fins de mieux cerner les besoins du jeune détenu, d'informer qui de droit en vue d'obtenir les autorisations qui s'imposent et d'engager utilement une décision de soins.

Ce chapitre a pour objet de lister ces principales caractéristiques pour une meilleure lisibilité et leur appropriation par les professionnels de santé et de justice (PJJ), administration pénitentiaire (AP). Son objectif est également de clarifier chacune de ces caractéristiques et d'en dégager des repères utiles à la prise en charge sanitaire des personnes mineures détenues. Il vient compléter les autres fiches du guide méthodologique auxquelles il renvoie, en en précisant la référence. Il vient également en complément de la circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des personnes mineures incarcérées.

FICHE 1

EXERCICE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Quelle que soit la mesure judiciaire prise à l'égard d'un mineur, y compris en cas de condamnation à une peine d'emprisonnement, il convient de respecter les droits afférents aux titulaires de l'autorité parentale. Les textes qui régissent l'exercice de l'autorité parentale sont mentionnés dans la Fiche 1, Cahier 2-3.

Cependant, dans des cas limitativement énumérés par la loi, une juridiction civile ou répressive peut retirer partiellement ou totalement à un parent l'autorité parentale. L'expression « détenteurs (ou titulaires) de l'autorité parentale » concerne aussi bien les parents que le tuteur désigné par le juge.

Dans le cadre de la prise en charge de la santé d'une personne mineure, les détenteurs de l'autorité parentale doivent être informés de la santé de leur enfant.

Cette information¹ est délivrée au cours d'un entretien individuel avec les détenteurs de l'autorité parentale et/ou avec la personne mineure. Les services de la PJJ contribuent à favoriser l'exercice de l'autorité parentale à tous les stades de la détention².

1. Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la HAS et homologuées par un arrêté du ministre en charge de la Santé.

2. Note DPJJ du 7/12/2009 relative à l'autorité parentale en détention et aux modalités d'intervention des services PJJ.

Conformément aux dispositions de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique (CSP) : « *Cette information porte sur l'état de santé de la personne mineure et son évolution, les différentes investigations, traitements, ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, les urgences éventuelles, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'elles comportent ainsi que sur les solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus.* »

Le consentement des titulaires de l'autorité parentale doit être obtenu pour **toute décision médicale et chirurgicale relative** à la santé du mineur, à l'exception des situations mentionnées aux articles L. 1111-5 et suivants du CSP qui permettent de passer outre le recueil de cette autorisation.

- le médecin peut « *se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans les cas où celle-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé²* » ;
- l'article L. 1111-5-1 du CSP créé par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit que l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, de dépistage ou de traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où celle-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. L'article L. 6211-3-1 du même Code créé par la loi précitée contient une disposition de même nature pour le dépistage de maladies infectieuses transmissibles.

Le consentement des détenteurs de l'autorité parentale concerne notamment :

- la vaccination, à l'exception des vaccinations qui présentent un caractère obligatoire, article L. 3116-2 du CSP ;
- la transmission aux professionnels médicaux de documents comprenant des informations relatives à la santé de la personne mineure utiles lors de l'examen médical d'accueil :
 - le carnet de santé,
 - le recueil information santé (RIS) et éventuellement le projet d'accueil individualisé (PAI) établis à la PJJ lors d'une mesure judiciaire confiée à la PJJ et préalable à la détention ;
- tout document médical (dossier, résultats d'examens, etc.) relatif au suivi de santé de la personne mineure ;
- la discussion autour « de l'état de santé » de la personne mineure dans le cadre de la commission pluridisciplinaire *ad hoc* et le partage d'informations avec les professionnels médicaux extérieurs sollicités ;
- la création et l'accès des professionnels au dossier médical partagé du mineur (art. R. 1111-26 du CSP issu du décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé) ;
- les détenteurs de l'autorité parentale peuvent directement, ou par l'intermédiaire des professionnels PJJ, solliciter les professionnels médicaux pour :
 - demander une consultation dans l'intérêt de la personne mineure,
 - demander un certificat ou tout autre justificatif médical utile aux démarches relatives à la personne mineure.

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

Quelques situations médicales n'imposent pas l'obtention de l'accord des titulaires de l'autorité parentale. Il s'agit de :

- l'accès à l'IVG (art. L. 2212-7 du CSP) (Livre 4, Cahier 6 – « Prise en charge des femmes enceintes et des enfants ») ;
- l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence (art. L. 5134-1 du CSP) ;
- le dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)-virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (chlamydie, gonococcie, vaginite aiguë) (circulaire DGS/VS2-DSS/AM3-DH n° 32 du 26 mars 1993) ;
- le contexte de la maternité : la personne mineure a autorité parentale sur son bébé (art. 371-1 du CC) (Livre 4, Cahier 6 – « Prise en charge des femmes enceintes et des enfants »).

En matière de couverture sociale (cf. Livre 7 – « Droits sociaux et financements des soins »), les personnes mineures, comme toutes les personnes détenues, sont assurées au régime général à titre individuel durant leur détention. Elles peuvent également continuer à être couvertes par la complémentaire santé à laquelle les détenteurs de l'autorité parentale sont affiliés.

À leur sortie de détention, les mineurs incarcérés qui étaient ayants droit d'un assuré peuvent retrouver ce statut.

Le cas particulier des mineurs sans représentants légaux sur le territoire national

a- Mineur non accompagné : le recours à une mesure de tutelle

Cette demande est faite auprès du juge aux affaires familiales agissant comme juge des tutelles des mineurs, sur la base de l'article 390 du Code civil (CC) qui stipule que : « *La tutelle s'ouvre lorsque le père et la mère sont tous deux décédés ou se trouvent privés de l'exercice de l'autorité parentale. Elle s'ouvre, aussi, à l'égard d'un enfant dont la filiation n'est pas légalement établie [...].* »

Cette action implique donc de rapporter la preuve du décès du ou des représentants légaux ou bien de justifier des recherches entreprises pour les retrouver.

En l'absence de proches susceptibles d'exercer la tutelle, celle-ci est déferée à la collectivité publique compétente en matière d'aide sociale à l'enfance ; il s'agit d'une tutelle départementale ne comportant ni conseil de famille ni subrogé tuteur (art. 411 du CC).

Elle permet l'exercice des actes d'autorité parentale sur la personne et les biens du mineur ainsi que sa représentation. Il reviendra donc au tuteur de donner son consentement aux examens médicaux concernant le mineur.

**b- Mineur non accompagné ne bénéficiant pas d'une mesure de tutelle :
le recours à la délégation d'autorité parentale**

Sachant que le seul éloignement des parents à l'étranger ne peut permettre d'ouvrir une mesure de tutelle, il peut être utile de solliciter auprès du juge aux affaires familiales, une demande de délégation d'autorité parentale sur le fondement de l'article 377 alinéas 2 et 3 du CC, qui dispose que :

« En cas de désintérêt manifeste ou si les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale, le particulier, l'établissement ou le service départemental de l'aide sociale à l'enfance qui a recueilli l'enfant ou un membre de la famille peut également saisir le juge aux fins de se faire déléguer totalement ou partiellement l'exercice de l'autorité parentale.

Dans ce dernier cas, le juge peut également être saisi par le ministère public, avec l'accord du tiers candidat à la délégation totale ou partielle de l'exercice de l'autorité parentale, à l'effet de statuer sur ladite délégation. Le cas échéant, le ministère public est informé par transmission de la copie du dossier par le juge des enfants ou par avis de ce dernier.

Dans tous les cas visés au présent article, les deux parents doivent être appelés à l'instance. Lorsque l'enfant concerné fait l'objet d'une mesure d'assistance éducative, la délégation ne peut intervenir qu'après avis du juge des enfants. »

Ainsi, cette procédure peut également être utilisée lorsque les titulaires de l'autorité parentale sont identifiés dans le pays d'origine du mineur. En effet, en cas de désintérêt manifeste ou lorsque les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales peut être saisi aux fins de délégation totale ou partielle de l'exercice de l'autorité parentale.

Cette action peut notamment être diligentée par le ministère public avec l'accord du tiers candidat à la délégation, qui peut être informé de la situation par le juge des enfants (JE), sur transmission du dossier du mineur ou d'un avis. Pour rappel, le fonctionnement de la délégation d'autorité parentale implique l'existence d'un tiers volontaire pour l'exercer, qu'il ait recueilli l'enfant ou pas.

Si le mineur fait également l'objet d'une mesure d'assistance éducative, la délégation ne peut intervenir qu'après avis du JE.

Cette délégation peut être partielle ou totale ; ainsi elle peut être relative au consentement à un ou plusieurs actes médicaux.

FICHE 2

L'ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF

Les missions dévolues à la PJJ et à l'organisation de ses services sont traitées au Livre 1.

La prise en charge éducative des mineurs incarcérés est assurée par les services de la PJJ ; elle s'exerce dans le cadre pluridisciplinaire associant des éducateurs et un psychologue, et parfois un professeur technique, un infirmier et un assistant social.

Par ailleurs, plus spécifiquement en lien avec les questions de santé, la PJJ développe depuis 2013 une démarche de promotion de la santé « PJJ promotrice de santé », dont l'objectif est d'agir sur les déterminants de santé des jeunes, accessibles durant la prise en charge judiciaire. Cette approche globale de la santé³ fait de chaque professionnel, dans la limite de l'exercice de son métier, un acteur de santé indispensable à l'accompagnement du mineur dans son parcours de santé/bien-être.

1 - PROFESSIONNELS ÉDUCATIFS

Les personnes mineures incarcérées bénéficient systématiquement d'une prise en charge éducative par la PJJ. Cette exigence résulte des règles de droit national et international. Le responsable de l'unité éducative, garant de cette prise en charge éducative, est le premier interlocuteur institutionnel.

Dans ce cadre, les éducateurs de la PJJ peuvent aider les professionnels de santé à emporter l'adhésion des personnes mineures à la prévention et aux soins, dans le respect du secret médical et en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale.

À l'interface de la personne mineure et de son environnement, de la juridiction et de tous les intervenants en détention, les professionnels éducatifs de la PJJ ont à charge d'amener la personne mineure à construire un projet éducatif et d'orientation individualisée. Ils conduisent des actions d'investigation, d'éducation, d'insertion et de protection et apportent aux magistrats les éléments d'information leur permettant d'adapter leur décision à l'évolution de la situation de la personne mineure.

3. La promotion de la santé [Charte Ottawa, OMS 1986] est un concept visant la réduction des inégalités de santé, qui agit selon 5 axes : 1- la définition de politiques positives pour la santé, 2- Le développement d'environnements favorables, 3- Le recours à la participation des publics, 4- l'acquisition d'aptitudes individuelles, 5- La réorientation des services de santé. Dans le cadre de la PJJ promotrice de santé, ce dernier axe a été modifié pour « le recours aux services de santé » plus adapté aux missions de la PJJ.

Aussi, au sein d'établissements pénitentiaires dotés d'un quartier des mineurs (QM) ou des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM), ce travail est mené en interdisciplinarité avec tous les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire (psychologues, enseignants, surveillants pénitentiaires, professionnels de santé...). En application de la note d'orientation de la DPJJ du 30 septembre 2014, le service de la PJJ qui intervient en détention veille à associer le service de milieu ouvert de la PJJ qui assurait un suivi avant l'incarcération.

Si l'état de la personne mineure nécessite une hospitalisation en cours de détention, la continuité de la prise en charge éducative reste assurée.

Pour les professionnels de la PJJ, la santé constitue une opportunité de rencontre et de relation avec la personne mineure. C'est l'un des leviers utiles à l'action éducative. La prise en compte, par la personne mineure, de ses besoins de santé et son adhésion aux réponses à y apporter concourent à la construction de son projet individualisé.

1-A. OUTILS « SANTÉ » DE LA PJJ

Dans le cadre de la prise en charge de la santé au sein des établissements et des services de la PJJ dont les unités sont présentes en détention, les professionnels disposent d'un guide qui rassemble plusieurs fiches techniques les aidant à organiser la prise en charge de la santé.

Ils ont également à leur disposition deux outils de suivi en santé visant à recueillir, dans le respect du secret médical, les besoins en santé des personnes mineures et à établir les réponses à y apporter en termes d'objectifs. Sur accord de la personne mineure et des détenteurs de l'autorité parentale, ces outils peuvent faire l'objet d'un partage d'informations avec les professionnels médicaux.

- Le recueil d'information santé (RIS) qui permet, dès l'accueil, d'aborder les besoins en santé du jeune, de recueillir ceux exprimés par les détenteurs de l'autorité parentale et d'inscrire ceux repérés par les professionnels éducatifs et d'en déduire des objectifs d'intervention personnalisée en santé dans la prise en charge éducative⁴. Le RIS comporte également des renseignements concernant la couverture sociale, les coordonnées du ou des médecins assurant le suivi de la personne mineure, les coordonnées des titulaires de l'autorité parentale...
- Le projet d'accueil individualisé (PAI). Il résulte d'une concertation entre les différents acteurs de la vie de la personne mineure et organise les modalités de sa vie quotidienne dans l'institution, dans le respect des compétences de chacun et en fonction de ses besoins⁵ (affection de longue durée : pathologie, handicap, etc.).

1-B. CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS PLACÉS SOUS MAIN DE JUSTICE

La prise en charge des personnes mineures placées sous-main de justice est caractérisée par sa continuité : dans la plupart des cas, un suivi éducatif de milieu ouvert préexiste à la détention et le service éducatif reste en charge de la situation pendant et après l'incarcération. Il concerne tous les domaines de la vie de la personne mineure, y compris celui de l'accès aux soins. Cette continuité des interventions nécessite une coordination et une articulation entre les différents intervenants des divers lieux où peut se trouver un mineur, notamment lors d'une hospitalisation.

4. Extrait du *Guide des dispositions en santé à la PJJ*, 2008.

5. *Ibid.*

Dans le respect du secret médical, les éducateurs de la PJJ constituent les personnes-ressources auprès desquelles l'équipe médicale peut trouver des appuis en termes :

- d'adhésion des personnes mineures à leur prise en charge sanitaire ;
- de relais avec leurs familles et les détenteurs de l'autorité parentale ;
- de connaissance de leurs parcours antérieurs, notamment thérapeutiques (mise en relation avec les équipes) ;
- de connaissance du comportement de l'adolescent ;
- de la prévention du risque suicidaire.

I-C. RÔLE DE LA PJJ DANS LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DU MINEUR DÉTENU

Les professionnels de la PJJ assurent en tant que de besoin, en complémentarité avec l'administration pénitentiaire, dans le respect du secret médical, le relais :

- **entre les professionnels médicaux et la personne mineure dans le cadre :**
 - de la démarche d'accompagnement relative à l'accès aux soins, dont la couverture sociale, et aux actions de prévention et d'éducation à la santé,
 - du recueil d'informations utiles à la mise en œuvre ou au suivi d'une démarche de santé,
 - du soutien de la personne mineure dans la désignation d'une personne majeure l'accompagnant dans sa démarche de santé (personne de confiance) lorsque celui-ci mobilise son droit au secret (Fiche 1, Cahier 2-3) ;
 - de l'accompagnement au suivi de la prise en charge de sa santé dans le respect du secret médical ;
- **entre les professionnels médicaux et les détenteurs de l'autorité parentale dans le cadre :**
 - du transfert d'informations hors secret médical aux parents dans des conditions qui respectent la sécurité des établissements pénitentiaires, notamment en cas de transfert du mineur vers un établissement hospitalier,
 - du recueil d'éléments concourant à la bonne prise en charge de la santé de la personne mineure (couverture sociale, RIS, PAI, carnet de santé),
 - le cas échéant, du suivi médical (rappel des RDV),
 - de la préparation à la sortie ;
- **entre les professionnels médicaux et les professionnels de la PJJ extérieurs à l'établissement pénitentiaire** (professionnels éducatifs, infirmiers, psychologues...) dans le cadre :
 - de la transmission du RIS et du PAI avec accord de la personne mineure et des détenteurs de l'autorité parentale relatif à une mesure antérieure à la détention,
 - de la préparation de la sortie de la personne mineure en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale,
 - le cas échéant, du suivi médical à prévoir.

Dans le cadre de leur mission, les professionnels de la PJJ contribuent aux actions d'éducation à la santé en tant que membres du comité de pilotage animé par l'unité sanitaire.

Enfin, lorsqu'un mineur qui a atteint l'âge de 18 ans en détention est affecté dans un quartier adulte, les professionnels de la PJJ assurent une transition avec les personnels pénitentiaires (surveillants et conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation [CPIP]). À ce titre, ils peuvent être conviés à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) afin d'assurer ce relais.

2 - INFIRMIERS DE LA PJJ

Positionnés en direction territoriale (c'est-à-dire sur un ou plusieurs départements), les infirmiers de la PJJ ont un rôle de conseiller technique auprès du directeur territorial, pour l'organisation de la prise en charge de la santé des personnes mineures sous protection judiciaire sur leur territoire.

Ils accompagnent les professionnels éducatifs sur les questions relatives à la santé au sein des services et des établissements : recueil des besoins en santé, mise en place d'un réseau de partenaires intervenant dans le champ sanitaire, accès aux soins, organisation de la distribution des médicaments, mise en place d'un bilan de santé, actions de prévention et d'éducation pour la santé, etc.

Ils peuvent également intervenir auprès d'une personne mineure dont la situation médicale nécessite la mise en place d'une prise en charge particulière : mise en place d'un PAI, rencontre avec les professionnels de santé et accompagnement dans sa démarche de soin.

Ils agissent toujours en coordination avec la personne mineure, les professionnels PJJ en ayant la charge (responsable d'unité, éducateurs, psychologues, professeurs techniques...) et les détenteurs de l'autorité parentale.

Dans le cadre de la détention, ils peuvent partager une information couverte par le secret médical et utile à la prise en charge sanitaire du jeune avec les personnels médicaux de l'unité sanitaire, dès lors que la personne mineure et les détenteurs de l'autorité parentale ont donné leur accord.

Dans le respect du secret médical, ils peuvent relayer aux professionnels de la PJJ des informations en santé, utiles à la prise en charge éducative.

Les infirmiers de la PJJ peuvent également être associés à la mise en place d'actions de prévention ou de toute démarche de santé impliquant une coordination entre les différents acteurs de la détention.

3 - PSYCHOLOGUES DE LA PJJ

Intervenant au sein des services et des établissements de la PJJ, les psychologues veillent à garantir la prise en compte de la vie psychique afin de promouvoir l'autonomie des mineurs. Ils contribuent à l'action des éducateurs visant à l'élaboration du projet pédagogique de la personne mineure, ainsi qu'à sa mise en œuvre. Ils apportent une aide au magistrat quant à la prise de décision.

Ils peuvent organiser une prise en charge thérapeutique en ayant recours aux dispositifs de droit commun et, si besoin, ils assurent dans ce contexte le lien entre l'équipe éducative, les détenteurs de l'autorité parentale et les professionnels du champ de la santé mentale.

Dans le cadre de la détention, ils peuvent être sollicités par les professionnels médicaux de l'unité sanitaire, sur la connaissance spécifique des personnes mineures qu'ils ont accompagnées.

4 - RÉUNION HEBDOMADAIRE DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

L'article D. 514 du Code de procédure pénale (CPP) prévoit qu'« *au sein de chaque établissement pénitentiaire recevant des mineurs, une équipe pluridisciplinaire réunit des représentants des différents services intervenant auprès des mineurs incarcérés afin d'assurer leur collaboration ainsi que le suivi individuel de chaque mineur détenu...* ».

La circulaire interministérielle n° DGS/DGOS/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 pose le cadre des échanges qui peuvent se faire notamment au sein de cette instance⁶.

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

FICHE 3

PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES MINEURES DÉTENUES

1 - MINORITÉ

Le soin à l'adolescent nécessite de tenir compte de l'état de minorité du sujet et de proposer une démarche adaptée à sa faculté de compréhension, d'adhésion et d'adaptation liée à son degré de maturité. L'écoute du jeune patient y tient une place importante. La démarche doit s'adresser au sujet dans sa globalité (sa personne et son environnement) en ayant soin d'y associer les détenteurs de l'autorité parentale dans leur rôle de décideurs.

La médecine de l'enfant et de l'adolescent est spécifique quant à la sémiologie et aux réponses thérapeutiques. Ainsi, en milieu pénitentiaire, le recours à des spécialistes formés tels que les pédiatres et les pédopsychiatres doit être possible.

De même, en cas d'hospitalisation et y compris en psychiatrie, le recours à des lieux ou à des conditions d'hospitalisation permettant aux adolescents d'être auprès d'autres adolescents, séparés d'adultes⁷, et de bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur âge, doit également être possible.

Concernant la prise en charge hospitalière en psychiatrie, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) accueillent des personnes mineures.

En services de médecine, chirurgie et obstétrique, les mineurs de plus de 15 ans et trois mois sont pris en charge dans des services adultes.

L'accompagnement éducatif et la scolarité se poursuivent durant l'hospitalisation.

7. La Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé adoptée par le Parlement européen le 13 mai 1986 et la circulaire DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

2 - FAIRE NAÎTRE LA DEMANDE DE SOINS

Pour permettre à l'adolescent de faire émerger la demande de soins et l'adhésion aux soins, il est utile de recourir à des sollicitations adaptées. Entre autres, les groupes thérapeutiques ou ateliers prévention santé de type « bas seuils » pourront être développés dans l'objectif de créer du lien avec le patient mineur.

Le cas échéant, le personnel éducatif de la PJJ pourra inciter et accompagner le mineur à rencontrer les professionnels de santé lorsque celui-ci semble nécessiter des soins pour lesquels il n'a pas fait une demande spontanément. Dans ces cas, il convient que le mineur soit informé par les éducateurs des démarches entreprises et des informations relayées auprès des professionnels de santé. Les titulaires de l'autorité parentale doivent être tenus informés de ces démarches, pour lesquelles leur accord s'impose le cas échéant.

2-A. CONSENTEMENT DE LA PERSONNE DÉTENUE

Lorsque la personne est mineure, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement (L. 1111-5 du CSP).

La personne mineure peut néanmoins demander le secret sur son état de santé (art. 371-2 du CC et L. 1111-5 CSP).

2-B. SPÉCIFICITÉS D'INTERVENTION

L'examen médical à l'accueil

L'examen médical d'accueil permet de faire le bilan de l'état de santé de la personne mineure et des besoins spécifiques, notamment en termes de continuité de traitement, de souffrance psychique, de consommations de produits psychoactifs, de troubles somatiques, de suivi gynécologique pour les mineures, de risque suicidaire, etc.

Une proposition de dépistage des infections sexuellement transmissibles doit être effectuée et renouvelée autant de fois que nécessaire au cours de l'incarcération. L'accord parental n'est pas nécessaire pour effectuer ces dépistages (cf. Cahier 4-1).

En cas de refus de l'examen médical d'entrée par le mineur, il est nécessaire de proposer à nouveau cette consultation au cours de la période d'incarcération.

L'examen s'inscrit dans le parcours en santé de la personne mineure et, à ce titre, intègre les données antérieures. Celles-ci comprennent les éléments contenus dans le RIS et éventuellement un PAI, lorsque, précédemment à son incarcération, la personne mineure était suivie par la PJJ. Ces éléments peuvent être transmis par les professionnels de la PJJ aux professionnels sanitaires sur autorisation de la personne mineure et des détenteurs de l'autorité parentale.

Enfin, il constitue une opportunité pour délivrer un certificat de non contre-indication à la pratique sportive et aux activités d'insertion proposées par l'établissement pénitentiaire d'accueil.

La vaccination

L'âge de 13 ans est, en France, l'âge minimum auquel un mineur peut être incarcéré. Cet âge coïncidant avec le planning des vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite)⁸, il est mentionné dans le guide la possibilité de poursuivre les rappels de vaccination sur accord des détenteurs de l'autorité parentale et du jeune.

De même, d'autres vaccinations recommandées peuvent être poursuivies (rougeole, rubéole et oreillons [ROR]) ou proposées (hépatite B, méningite C, papillomavirus humain [HPV]) (cf. Cahier 4-1-1).

La grossesse et la maternité

Toute personne mineure est en droit de décider de mener une grossesse à terme, avec ou sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale. Dans ce dernier cas, elle se fait accompagner dans sa démarche par une personne adulte de son choix.

Une attention particulière est à porter aux mineures enceintes. En effet, dans la classification des niveaux de risque des grossesses⁹, les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) positionnent le fait d'être primipare mineure (âge inférieur à 18 ans) comme facteur de risque (niveau A1) nécessitant l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste, afin d'adapter le suivi de la grossesse. Cette recommandation est d'autant plus importante que les mineures détenues cumulent très souvent d'autres facteurs de risque.

Aussi, l'entretien prénatal précoce, réalisé le plus tôt possible au cours de la grossesse, permet de repérer certaines situations de vulnérabilité qui peuvent relever d'une orientation spécialisée (contexte psychologique, consommation de tabac, etc.) et de déterminer le niveau de risque de la grossesse.

La prise en charge des mineures enceintes doit être globale et s'attacher aux volets médical, obstétrical, d'hygiène de vie et psychosocial. De ce fait, cela requiert une équipe pluridisciplinaire formée à l'accueil d'adolescentes et de prévoir une fréquence de visites supérieure à celle recommandée¹⁰ dans le cadre d'une grossesse « à bas risque » (déroulement « normal » de grossesse)¹¹.

Lors de la grossesse, il revient aux professionnels de la PJJ et de l'AP de travailler, avec la mineure, son projet quant à l'accueil de son enfant pendant sa période d'incarcération : garder l'enfant auprès d'elle ou le confier à un tiers (milieu familial ou aide sociale familiale [ASE]).

Lorsque le bébé naît, c'est la jeune mère mineure qui a autorité parentale sur son enfant, conjointement avec le père de l'enfant s'il l'a reconnu.

Aussi, de la même façon qu'une attention particulière est portée à la grossesse, l'accompagnement des jeunes mères (soins maternels et soins du nouveau-né) doit être renforcé¹². Une coordination entre les professionnels

8. Art. L. 3111-2, L. 3111-3 et R. 31111-2 du CSP.

9. HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, mai 2007.

10. P. Alvin et D. Marcelli, *Médecine de l'adolescent*, coll. « Pour le praticien », Éditions Masson, 2^e éd., 2005, p. 362-363.

11. *Ibid.*

12. *Ibid.*

de la PJJ et le conseil départemental/PMI sera organisée pour aider la jeune maman à prendre en charge son nourrisson.

À noter que les EPM de Lavour, de Meyzieu et de Quiévrechain peuvent accueillir des mineures et disposent d'une cellule « mère-enfant ».

L'IVG

Toute personne mineure est en droit de décider de recourir à une IVG avec ou sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale (cf. Fiche 3, Cahier 4-6).

La prise en charge se différencie par le caractère obligatoire de certains entretiens¹³.

Le choix de méthode d'IVG est fait en concertation avec la personne mineure et doit comporter une information sur l'ensemble des méthodes, des risques et des effets secondaires potentiels.

Les médicaments

Une attention particulière doit être portée par l'ensemble des professionnels aux mineurs autorisés à conserver leur traitement médicamenteux en cellule, hors temps médical, notamment au regard de leur fragilité psychique. À ce titre, toute prise de médicaments doit être accompagnée (dosage, mode d'administration, horaire de prise) afin d'éviter une gestion individuelle par le jeune lui-même¹⁴.

La prévention du suicide

Dans le cadre de la prévention du risque suicidaire des mineurs détenus, une attention particulière est portée au recueil d'informations utiles à l'évaluation du risque, dès leur accueil.

Les professionnels de la PJJ contribuent à ce recueil en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale et les services de milieu ouvert de la PJJ, voire de l'ASE, l'ayant accueilli avant sa détention. Comme tous les acteurs intervenant auprès du mineur détenu, ils exercent une vigilance, participent au repérage et au signalement des éléments pouvant présager un passage à l'acte ainsi qu'à la surveillance induite par la prise en charge des mineurs en crise suicidaire. Ils proposent aux mineurs des activités éducatives afin de limiter les temps de désœuvrement.

Par ailleurs, la prévention du suicide chez les adolescents sous main de justice invite à porter une attention particulière au maintien des liens du mineur avec sa famille et à la prise en charge de sa souffrance psychique, voire de sa toxicomanie¹⁵.

13. Voir art. L. 2212-4 du CSP.

14. Art. L. 313-26 du CASF.

15. « Le suicide chez les adolescents détenus. Étude de 3 monographies », DPJJ/SDMPJE/K2, juillet 2016.

CAHIER 8

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

P. 347 > 378

FICHE 1

DONNÉES ET REPÈRES SUR LES NOTIONS DE HANDICAP ET DE PERTE D'AUTONOMIE

1 - QUELQUES DONNÉES

Les personnes, détenues âgées constituent une faible part de la population carcérale. En effet, au 1^{er} janvier 2016, 2 444 personnes détenues étaient âgées de plus de 60 ans, soit 3,7 % de la population pénale écrouée détenue. Le vieillissement de la population pénale génère des nouveaux besoins de prise en charge dans le domaine des pathologies chroniques et peut également être associé à l'apparition progressive de fragilités ou de perte d'autonomie. Un besoin d'autant plus prégnant en raison de l'inadaptation des locaux des établissements pénitentiaires à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Par ailleurs, selon une enquête réalisée par les personnels pénitentiaires, au 1^{er} janvier 2013, 329 personnes détenues présentaient un handicap physique, soit 0,5 % de la population pénale écrouée détenue.

Enfin, lors d'une enquête effectuée en septembre 2015 par les personnels pénitentiaires, on comptabilisait 185 personnes détenues ayant besoin d'une aide dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne soit 0,28 % de la population pénale.

2 - DÉFINITIONS ET CONCEPTS

2-A. HANDICAP

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a donné une définition de la notion de handicap : « constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ».

Ainsi définie, la notion de handicap recouvre une grande diversité de situations qui englobe différents types de déficiences (physique, sensorielle, mentale, psychique, cognitive,...), d'origines (anomalie congénitale, trouble de développement de l'enfance, traumatisme, maladie ou trouble de santé invalidant somatique ou psychiatrique,...), de configurations (polyhandicap, handicaps associés,...), de gravité (handicap sévère, léger...). Par ailleurs, il n'y a pas nécessairement de lien entre l'importance d'une déficience et celle des limitations d'activités qui en résulte.

Si le terme de handicap, reste encore marqué par les représentations collectives et des images parfois stéréotypées, plusieurs modèles ou concepts explicatifs successifs ont été élaborés pour définir et expliciter cette notion. Ainsi le modèle a évolué d'une approche individuelle¹ du handicap à une approche sociale². Des nomenclatures successives développées par l'OMS reflètent ces évolutions conceptuelles.

En 1980, la Classification internationale du handicap (CIH), s'inscrit dans le cadre du modèle bio médical en présentant trois niveaux ayant une relation linéaire de cause à effet :

Déficience³ → Incapacité⁴ → Désavantage⁵.

En 2001, la CIH est révisée pour devenir la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui prend en compte l'interaction entre les caractéristiques individuelles d'une personne (déficience, incapacité, ...) et les facteurs environnementaux qui peuvent être obstacles ou facilitateurs sur le fonctionnement de la personne. La CIF utilise un vocabulaire⁶ plus neutre et moins stigmatisant que la CIH. L'articulation entre les différents plans est moins linéaire, toutes les dimensions peuvent interagir entre elles. La maladie ne disparaît pas du modèle mais elle ne sert plus de point de référence pour définir le handicap qui est conçu comme résultant d'une interaction non prédéfinie entre un problème de santé et des facteurs personnels et environnementaux.

La CIH sert de référence au guide barème pour fixer le taux d'incapacité et la CIF sert de référence à la définition du handicap figurant dans la loi de 2005 et aux outils développés en application de cette loi, notamment le guide d'évaluation multidimensionnelle⁷ utilisé par les équipes pluridisciplinaires des MDPH, connu sous le nom de « GEVA » et le référentiel d'accès à la prestation de compensation (annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles).

1. **Dans le modèle individuel ou bio médical**, le handicap est considéré comme un problème personnel, directement causé par la maladie, un accident ou une autre condition de santé, et susceptible d'amélioration par des interventions médicales telles que la réhabilitation.
 2. **Le modèle social** voit le handicap non comme une caractéristique inhérente de la personne mais comme un produit de l'environnement et du contexte social, notamment sa structure physique (la conception des bâtiments, les systèmes de transport, etc.), des convictions et des constructions sociales qui donnent lieu à la discrimination contre les personnes handicapées.
 3. **Déficience** : Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect lésionnel. La déficience n'implique pas nécessairement l'existence d'une maladie.
 4. **Incapacité** : Toute réduction, résultant d'une déficience, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes (physiques ou psychiques).
 5. **Désavantage** : Les limitations (voire l'impossibilité) de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels.
 6. - **Les fonctions organiques** sont les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques). **Les structures anatomiques** désignent les parties du corps comme les organes, les membres et leurs composantes. **Les déficiences** sont les problèmes des fonctions organiques ou des systèmes anatomiques manifestés par un écart ou une perte importante.
 - Une **activité** signifie l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité (incapacités).
 - La **participation** signifie le fait de prendre part à une situation de vie réelle. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle.
 7. Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du Code de l'action sociale et des familles.

2-B. - PERTE D'AUTONOMIE ET FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Pour les personnes âgées, la notion de perte d'autonomie est définie par la loi dans le cadre d'une description des critères d'accès et des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA): « *Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.*⁸ ».

Dans une perspective de prévention de la perte d'autonomie, il est intéressant de prendre en compte la notion de fragilité⁹ qui est un marqueur de risque d'évènements péjoratifs (incapacité, chute, hospitalisation, entrée en institution, mortalité), mais aussi un état potentiellement réversible. En effet, des interventions gériatriques multidisciplinaires ainsi que des mesures, tel que l'exercice physique, peuvent réduire le risque de bascule dans la perte d'autonomie. Le repérage de la fragilité peut permettre d'identifier les personnes à risque, susceptibles de bénéficier d'interventions préventives.

8. Article L. 232-1 du Code de l'action sociale et des familles

9. La fragilité est définie comme un syndrome clinique qui se caractérise par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression est modulée par les comorbidités ainsi que par des facteurs psychologiques, socio-économiques et comportementaux, parmi lesquels l'altération des fonctions cognitives.

FICHE 2

RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

1 - LE REPÉRAGE DES SITUATIONS DE HANDICAP OU DE PERTE D'AUTONOMIE

Le repérage des personnes détenues âgées en perte d'autonomie et des personnes détenues handicapées constitue une étape centrale afin de s'assurer que ces personnes bénéficient d'une prise en charge adaptée à leur état de santé en terme de prise en charge sanitaire, de compensation du handicap ou de la perte d'autonomie, d'aménagements des conditions de détention, d'accès aux dispositifs d'aide sociale et, le cas échéant, de recours aux aménagements ou suspensions de peine pour raison médicale. Cette prise en charge à vocation à comprendre aussi des soins et autres activités destinés à une prévention secondaire ou tertiaire du handicap ou de la perte d'autonomie.

Ce repérage peut être fait lors des examens réalisés à l'entrée ou en cours de détention par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire ou les personnels pénitentiaires. D'autres acteurs peuvent être à l'origine de l'identification : la personne elle-même, son avocat ou sa famille (les titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs par exemple ; des professionnels du service éducatif territorialement compétent de la PJJ dont l'infirmier(e) territorial(e) ; des associations participant à l'accompagnement des personnes ou encore l'autorité judiciaire. Il est nécessaire que l'ensemble des acteurs s'informent mutuellement des démarches engagées afin :

- d'assurer une prise en charge de la personne adaptée à son état de santé et de la manière la plus appropriée en détention ;
- d'accompagner au mieux la personne dans ses démarches pour l'accès aux droits et prestations sociales et médico-sociales ;
- le cas échéant, engager une procédure de suspension de peine ou de tout autre aménagement de peine pour raison médicale.

2 - LES PRISES EN CHARGES QUI PEUVENT ÊTRE MISES EN PLACE

En fonction de l'origine, de la nature et des caractéristiques de la situation de handicap ou de perte d'autonomie, la prise en charge peut comprendre :

- **des soins médicaux** prescrits par l'unité sanitaire, le cas échéant, dans le cadre d'une affection longue durée (ALD) ; la mise à jour des vaccinations conseillées selon l'âge et les risques particuliers (grippe, pneumocoque) ;
- **des aides humaines pour des soins liés à la perte d'autonomie** qui, selon la situation de la personne, peuvent relever de soins techniques ou de soins de base et relationnels délivrés par un service de soins infirmiers à domicile (intervention sur prescription médicale et financement assurance maladie), ou d'aide à la vie quotidienne assurée par un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) financé par la personne qui peut être solvabilisée, selon sa situation, par la prestation de compensation (PCH) ou l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- **un accès aux dispositifs médicaux¹⁰ et aides techniques** (matelas anti escarre, fauteuil roulant, déambulateur, rehausseur de toilettes, etc.) ;
- **un aménagement des conditions de détention**, portant notamment sur l'adaptation et l'accessibilité des locaux¹¹ (aménagement et équipement des cellules, accessibilité des cheminements, etc.). Le chef d'établissement est prévenu afin d'adapter, si besoin, l'affectation de la personne détenue au sein de l'établissement ;
- **la mise en place d'action de prévention, d'action d'éducation pour la santé** : alimentation, addictions, activité physique (Cf. fiche « Éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire », Partie 2 ; Cahier IV) ;
- **l'engagement des démarches pour l'accès aux droits et prestations** : allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation de compensation (PCH), allocation aux adultes handicapés (AAH), reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), orientation vers un établissement ou service médico-social, ... (cf. fiche 3) ;
- **l'engagement d'autres démarches** qui peuvent être nécessaires, en fonction de l'état de santé de la personne, par exemple pour initier :
 - une mesure de protection juridique,
 - un aménagement ou une suspension de peine ou une mise en liberté pour raison médicale qui peut être accordée aux personnes condamnées ou prévenues pour lesquelles le pronostic vital est engagé ou dont l'état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec leur maintien en détention¹².

La prise en charge de ces personnes, en particulier lorsqu'il s'agit de handicap ou de perte d'autonomie, lourds, complexes ou évolutifs, a vocation à s'inscrire dans le cadre de l'élaboration d'un « parcours » de prise en charge, qui prend en compte l'état et les souhaits du patient, son environnement (social, familial, etc.) et l'évolution de sa ou ses pathologies et/ ou de la situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Cette étape nécessite la mobilisation conjointe de l'équipe médicale et du SPIP qui doivent disposer d'une bonne connaissance des dispositifs de droit commun mobilisables dans le champ sanitaire ou médico-social pour répondre aux besoins préalablement identifiés de la personne.

10. Certains de ces produits nécessitent une prescription médicale et sont pris en charge par l'assurance-maladie, d'autres peuvent être pris en compte au titre de la PCH ou de l'APA. Enfin certains relèvent d'une prise en charge par l'assurance maladie éventuellement complétée par la PCH.

11. Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction et arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées

12. La suspension de peine pour raison médicale peut être accordée aux personnes condamnées dont l'état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec leur maintien en détention. Le concept « d'état de santé » tel que défini par l'OMS, est plus large que celui de « pathologie » et n'implique pas nécessairement l'existence d'une maladie. L'incompatibilité avec la détention doit être « durable », ce qui suppose deux choses :

- l'état de santé invalidant quel que soit le degré de gravité ou d'invalidité, est durable ou définitif ;

- des aménagements de l'environnement de détention qui le rendraient compatible avec les besoins de la personne ne sont pas possibles ou envisageables de façon pérenne.

La Cour de cassation invite toutefois les juges du fond à une appréciation in concreto de l'incompatibilité de l'état de santé avec le maintien en détention au regard des spécificités de l'état de santé et des conditions d'incarcération réelles de la personne condamnée (cf. guide Aménagement de peine pour raison médicale)

ACCÈS AUX DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX DESTINÉS AUX PERSONNES HANDICAPÉES

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est le pivot pour les demandes et décisions concernant l'accès à des mesures destinées aux personnes handicapées, qu'il s'agisse de prestations [allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), prestation de compensation (PCH)], de la reconnaissance de la qualité travailleur handicapé (RQTH), de la carte mobilité inclusion¹³(CMI), d'aménagement de la scolarité ou d'orientation vers un établissement ou service médico-social.

1- LES PRESTATIONS ET LES DISPOSITIFS DESTINÉS AUX PERSONNES HANDICAPÉES

1-A. ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS (AAH) ET LES COMPLÉMENTS¹⁴

Présentation : l'AAH, est une prestation sociale qui permet d'assurer un minimum de ressources, contributive¹⁵, subsidiaire¹⁶ et différentielle¹⁷.

L'allocation est réduite à hauteur de 30 % le 1^{er} jour du mois suivant les 60 premiers jours d'incarcération. La personne détenue ne peut recevoir une allocation plus élevée que celle qu'il percevrait s'il n'était pas incarcéré. Cependant, dans les cas suivants, aucune réduction n'est effectuée :

- lorsque le bénéficiaire a au moins un enfant ou un ascendant à sa charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la sécurité sociale ;
- lorsque le conjoint ou le concubin de l'allocataire ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

13. La carte mobilité inclusion (CMI) remplace progressivement depuis le 1^{er} janvier 2017 les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34049>.

14. Pour plus d'informations :

- Articles L. 821-1 à L. 821-8 et R. 821-1 à R. 821-9 du Code de la sécurité sociale

- Circulaire interministérielle n° DGCS/SD1C/DAP/2013/203 du 11 juillet 2013 relative aux conditions d'accès et aux modalités de calcul du RSA et de l'AAH des personnes placées sous-main de justice - incarcérées ou bénéficiant d'une mesure d'aménagement ou d'exécution de peine. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdt/2013/07/cir_37294.pdf <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242>

15. Elle n'est pas liée à des cotisations mais repose sur une logique d'assistance sociale et de solidarité nationale

16. Les avantages invalidité et vieillesse, à l'exception de la majoration pour aide constante à une tierce personne, doivent être sollicités en priorité à l'AAH.

17. L'AAH peut venir compléter les ressources de la personne dans la limite de son montant maximum.

Le versement de l'AAH sans réduction est repris, sans nouvelle demande, à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne n'est plus détenue dans un établissement pénitentiaire.

Au regard des dispositifs d'aménagement ou d'exécution de peine pouvant être mis en place, la personne condamnée ne doit plus être considérée comme détenue et doit donc être réintégrée ou bénéficier de l'ensemble de ses droits à l'AAH dans les situations suivantes : le placement sous surveillance électronique ; la semi-liberté ; le placement à l'extérieur sans surveillance ; la libération conditionnelle ; la suspension de peine ; le fractionnement de peine ; la surveillance électronique de fin de peine.

En revanche, lorsque la personne condamnée bénéficie d'une mesure de placement à l'extérieur sous surveillance de l'administration pénitentiaire, ce sont les dispositions destinées aux personnes détenues dans un établissement pénitentiaire qui s'appliquent.

Critères d'accès :

1° Critères de handicap appréciés par la MDPH :

- Avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 % (AAH-1¹⁸)
ou
- Avoir un taux d'incapacité compris entre 50 et moins de 80 % et présenter une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) du fait de son handicap (AAH-2¹⁹)

Le taux d'incapacité est fixé sur la base du « guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » (annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles).

2° Conditions administratives appréciées par la CAF/MSA

Âge :

- Âge minimum : avoir 20 ans (ou plus de 16 ans pour un jeune qui n'est plus considéré à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales) ;
- Âge maximum : pour les bénéficiaires de l'AAH-1 : pas de limite d'âge et pour les bénéficiaires de l'AAH-2 : âge légal de départ à la retraite.

Résidence et nationalité : Résider de manière permanente en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre-mer ou à Saint-Pierre-et-Miquelon et pour les personnes de nationalité étrangère, être en possession d'un titre de séjour régulier sur le territoire national.

Ressources : Avoir des ressources annuelles inférieures à un plafond. Ce plafond est majoré pour une personne vivant en couple et par enfant à charge.

18. AAH-1 au titre de l'article L. 821-1 du Code de la sécurité sociale

19. AAH-2 au titre de l'article L. 821-2 du Code de la sécurité sociale

Une procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est systématiquement engagée par la MDPH à l'occasion de l'instruction d'une demande d'attribution ou de renouvellement de l'AAH.

Versement : Le versement est assuré par la Caisse d'allocations familiales (CAF) [ou la Mutualité sociale agricole (MSA)] qui examine les conditions administratives et calcule le montant de l'AAH.

Sous certaines conditions, l'AAH peut être complétée par le complément de ressource ou par la majoration pour la vie autonome.

Complément de ressources²⁰

Présentation : Le complément de ressources a pour objectif de compenser l'absence durable de revenus d'activité si la personne est dans l'incapacité de travailler et bénéficie d'un logement indépendant. Avec l'AAH, ce complément constitue la garantie de ressources.

Comme pour l'AAH, pour une personne détenue, le complément de ressources est maintenu jusqu'au 1^{er} jour du mois suivant une période de 60 jours de détention, sous réserve que la personne continue d'en remplir les conditions. Le versement est suspendu à compter du 1^{er} jour du mois suivant une période de 60 jours de détention. Il reprend, sans nouvelle demande, dès le 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne n'est plus détenue.

En revanche, et comme pour l'AAH, le complément de ressources est pleinement accessibles aux personnes soumises à une mesure d'aménagement de peine, non hébergées au sein d'un établissement pénitentiaire, à condition de remplir les critères d'accès.

Critères d'accès :

Critère relevant de la compétence de la MDPH

Avoir un taux d'incapacité* d'au moins 80 % et une capacité de travail, appréciée par la CDAPH, inférieure à 5 % du fait du handicap

Critères relevant de l'organisme payeur

- Percevoir l'AAH à taux plein ou un complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail et ne pas avoir perçu de revenu à caractère professionnel depuis 1 an à la date du dépôt de la demande de complément ;
- Disposer d'un logement indépendant, c'est-à-dire d'un logement qui n'appartient pas à une structure dotée de locaux communs meublés ou de services collectifs ou fournissant diverses prestations annexes moyennant une redevance.

NB : conformément aux annonces gouvernementales, le complément de ressources devrait être fusionné en flux avec la majoration pour la vie autonome à compter du 1^{er} janvier 2019.

Versement et formalité : Idem AAH

20. Pour plus d'informations : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12911>

Majoration pour la vie autonome (MVA)²¹

Présentation : La MVA, est un complément de l'AAH. Elle permet aux personnes en situation de handicap vivant dans un logement de faire face aux dépenses que cela implique.

Comme pour l'AAH, pour une personne détenue, la majoration pour la vie autonome est maintenue jusqu'au 1^{er} jour du mois suivant une période de 60 jours de détention, sous réserve que la personne continue d'en remplir les conditions. Le versement est suspendu à compter du 1^{er} jour du mois suivant une période de 60 jours de détention. Il reprend, sans nouvelle demande, dès le 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne n'est plus détenue.

En revanche, et comme pour l'AAH, la majoration pour la vie autonome est pleinement accessible aux personnes soumises à une mesure d'aménagement de peine, non hébergées au sein d'un établissement pénitentiaire, à condition de remplir les critères d'accès.

Critères d'accès :

- Avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 % ;
- Percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail, ou percevoir l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ;
- Disposer d'un logement indépendant, c'est-à-dire d'un logement qui n'appartient pas à une structure dotée de locaux communs meublés ou de services collectifs ou fournissant diverses prestations annexes moyennant une redevance ;
- Percevoir une aide au logement ;
- Ne pas percevoir de revenu d'activité.

Versements : La MVA n'a pas à être demandée. La CAF ou la MSA l'attribue automatiquement et en même temps que l'AAH dès lors que les conditions sont remplies.

1-B. ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)²² ET SON COMPLÉMENT

Présentation : Prestation familiale destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge effective. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation.

L'AEEH comprend une allocation de base et, le cas échéant, un complément pour prendre en compte les frais liés au handicap et/ou l'impact sur l'activité professionnelle des parents ou l'obligation d'embauche d'une tierce personne. L'AEEH est uniquement applicable aux enfants et adolescents sous main de justice suivis en milieu ouvert. La prestation n'est versée qu'aux personnes ayant effectivement la charge de leur enfant handicapé.

21. Pour plus d'informations : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12911>

22. Pour plus d'informations :

- Article L. 541-1 à L. 541-4 et R. 541-1 à R.541-10 du Code de la sécurité sociale

- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14809>

Critères d'accès :

- L'enfant doit avoir moins de 20 ans ;
- L'enfant ne doit pas être placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'Assurance maladie, l'État ou l'aide sociale ;
- L'enfant doit avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 % ou compris entre 50 et moins de 80 % et fréquenter un établissement d'enseignement adapté, ou son état doit exiger le recours à un dispositif adapté ou d'accompagnement ou bien le recours à des soins dans le cadre de mesures préconisées par CDAPH. Le taux d'incapacité est fixé sur la base du « guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » (annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles).

Versement : par la CAF ou la MSA

Articulation avec la PCH : les possibilités de cumul avec la PCH sont précisées par les articles L. 245-1 et D. 245-13 du Code de l'action sociale et des familles.

I-C. PRESTATION DE COMPENSATION (PCH)²³

Présentation : la PCH, est une prestation en nature qui contribue à financer différents types de dépenses liées au handicap. La PCH comprend 5 éléments :

- aides humaines, notamment pour rémunérer les interventions de services d'aide et d'accompagnement à domicile. Les besoins d'aides humaines pris en compte sont précisés en annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles ;
- aides techniques. Les besoins d'aides techniques pris en compte sont précisés en annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles. Certaines aides techniques ou dispositifs médicaux pris en charge au titre de la PCH sont inscrits sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables par la Sécurité sociale (LPPR). Ils doivent faire l'objet d'une prescription médicale selon les conditions prévues au code de la sécurité sociale et le montant de la prise en charge par l'assurance maladie est déduit du tarif applicable pour la PCH ;
- aménagement du logement et du véhicule ;
- dépenses exceptionnelles ou spécifiques ;
- aide animalière.

Les personnes détenues peuvent bénéficier de la PCH dans les mêmes conditions qu'à domicile. Toutefois, pour les personnes détenues, la PCH a principalement vocation à financer une aide humaine et, éventuellement, une aide technique sur autorisation du chef d'établissement au vu du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire. Elle n'a pas vocation à prendre en compte des dépenses d'adaptation de locaux qui sont sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire.

Critères d'accès :

- Avoir une résidence stable et régulière et un titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère hors ressortissants des états membres de la communauté européenne ;
- Avoir moins de 60 ans ou avoir moins de 75 ans si la personne répondait aux critères d'accès à la PCH liés au handicap avant 60 ans ou avoir plus de 60 ans et exercer une activité professionnelle.
- Avoir une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou avoir une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités parmi une liste d'activités portant sur la mobilité, l'entretien personnel, la communication,

23. Pour plus d'informations :
 - Articles L. 245-1 à L. 245-14 et R. 245-1 à D.245-78 du Code de l'action sociale et des familles
 - <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

les tâches et les exigences générales et les relations avec autrui (les conditions d'accès à la PCH liées au handicap sont définies par le « Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation » figurant à l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles).

Le montant de chaque élément de la PCH est déterminé dans la limite des tarifs et du montant maximal de l'élément.

Instruction – Evaluation de la demande : L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH élabore un plan personnalisé de compensation (PPC) qui comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations relevant d'une décision ou d'un avis de la CDAPH. Pour la PCH, le PPC précise notamment les besoins pris en compte au titre de la PCH. Le plan de compensation est transmis à la personne ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. La CDAPH est informée de ces observations.

Versement : La PCH est versée par le Conseil départemental du département du domicile de secours. Le versement de la PCH est soumis à des conditions d'effectivité. La PCH ne peut pas se cumuler avec l'APA.

Le principe est celui du versement direct de la prestation à son bénéficiaire. Dans le cas où le conseil départemental a mis en place la possibilité du tiers payant pour le versement de la prestation, il pourra avec l'accord du bénéficiaire, payer directement le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour les prestations réalisées, ainsi que le fournisseur de l'aide technique.

Procédure d'urgence : En cas d'urgence attestée, l'intéressé peut, à tout moment de l'instruction de la demande de PCH, faire une demande de procédure d'urgence auprès de la MDPH sur papier libre. Cette demande précise la nature des aides pour lesquelles la PCH est demandée en urgence, le montant prévisible des frais et apporte tout élément permettant de justifier l'urgence. Elle doit être accompagnée d'un document attestant de l'urgence de la situation délivré par un professionnel de santé ou par un service ou organisme à caractère social ou médico-social. Le président du conseil départemental peut attribuer la PCH à titre provisoire. Lors de la procédure d'urgence, le PPC n'est pas élaboré.

Cette décision d'attribution en urgence doit être régularisée dans un délai de 2 mois.

1-D. LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ²⁴

Présentation : La RQTH est un dispositif, applicable aux personnes détenues, qui s'adresse aux personnes en capacité de travailler, mais présentant des difficultés à obtenir ou conserver une activité professionnelle en raison de problèmes de santé (maladie, handicap) et qui permet de bénéficier d'aides spécifiques pour l'accès ou le maintien dans l'emploi :

- accéder à des dispositifs dédiés à l'insertion professionnelle (stages de réadaptation, de rééducation, contrat d'apprentissage...) et à des soutiens spécialisés pour la recherche d'emploi au sein, par exemple, des services du Réseau Cap Emploi ;
- bénéficier de l'obligation d'emploi ;
- bénéficier d'aménagement d'horaires ou de poste de travail.

24. Pour plus d'informations :
- Code du travail : articles L. 5213-1 et L. 5213-2-1
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1650>

Critères d'accès : La RQTH est reconnue à toute personne de plus de 16 ans dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

2 - L'INSTRUCTION DES DEMANDES PAR LA MDPH

2-A. LA MDPH COMPÉTENTE :

La MDPH compétente est celle du lieu de résidence, ou celle du **domicile de secours** lorsque le lieu de résidence ne permet pas d'acquérir un domicile de secours. Le séjour dans un établissement pénitentiaire n'est pas acquisitif de domicile de secours. Ainsi la personne détenue conserve donc le domicile de secours précédant son incarcération. Toutefois lorsqu'un domicile de secours ne peut être déterminé, la MDPH du lieu de résidence de la personne handicapée est compétente pour instruire la demande²⁵.

La personne concernée et, le cas échéant, son représentant légal si elle bénéficie d'une mesure de protection juridique, sont associés à toutes demandes. Il/elle signe le formulaire de demande et est destinataire des courriers adressés par la MDPH (accusé de réception, demande de pièces complémentaires, plan personnalisé de compensation, notification de décision, etc..).

Pour les mineurs, ces démarches requièrent l'avis du mineur et celui du détenteur de l'autorité parentale. Le service éducatif de la PJJ assure le relais auprès de ces derniers.

2-B. LA DEMANDE

Le dossier de demande auprès de la MDPH comporte :

- le formulaire de demande ;
- le certificat médical de moins de six mois transmis sous pli confidentiel et, le cas échéant, les certificats médicaux complémentaires (bilan ophtalmologique ou auditif) ;
- les pièces à joindre dont la liste figure dans le formulaire de demande (notamment, les pièces justifiant de l'identité du demandeur, de sa résidence et de son domicile de secours).

Les formulaires ont été modifiés en 2017 et peuvent être téléchargés sur le site « service public » : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R19993>.

Le nouveau formulaire de demande est progressivement généralisé. Chaque MDPH décide de sa date de mise en place. Au 1^{er} mai 2019, il remplacera définitivement l'ancien modèle.

25. Article L. 146-3 du Code de l'action sociale et des familles

Quelques points clefs pour remplir le certificat médical « MDPH » :

Les informations contenues dans le certificat médical sont essentielles pour permettre d'engager une évaluation adaptée des besoins de compensation de la personne handicapée. Bien rempli, il contribue à accélérer le processus décisionnel et permet d'éviter de refaire des évaluations déjà réalisées.

Le handicap est appréhendé sur la base des conséquences des déficiences dans la vie quotidienne et sociale de la personne, et non seulement sur la base de la pathologie à l'origine du handicap et /ou des seules déficiences et altérations elles-mêmes.

Il est important de décrire les éléments de la pathologie qui retentissent de façon notable sur la situation de handicap, y compris les symptômes associés (douleur, asthénie, retentissement psychologique, amaigrissement, etc.) ainsi que les conséquences des traitements sur la vie de la personne. En effet, pour certaines maladies chroniques, c'est parfois le retentissement du traitement lui-même qui est constitutif des restrictions d'activités que la personne vit au quotidien.

2-C. L'ÉVALUATION

L'évaluation est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de la MDPH sur la base d'un guide d'évaluation multidimensionnelle « GEVA ». Elle s'appuie sur d'autres outils pour l'élaboration des réponses, en particulier pour la PCH sur le référentiel d'accès à la prestation de compensation (annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles).

Pour mieux connaître les situations des personnes et ainsi recueillir des données d'évaluation reflétant au plus proche les situations, les MDPH sont habituellement en relation avec différents partenaires (sanitaire, médico-social, associatif, services sociaux, etc.) qui apportent des éléments de connaissance sur la situation des personnes handicapées qu'ils accompagnent. De ce fait, ils sont considérés comme des partenaires de l'évaluation et leur contribution doit pouvoir être recueillie, pour éviter la redondance et la multiplicité des évaluations, dans une logique d'efficience et d'articulation.

Sur la base de l'évaluation, l'équipe pluridisciplinaire peut identifier les droits et prestations dont peut bénéficier le demandeur en fonction de ses besoins et attentes.

2-D. LA DÉCISION

La décision est prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Elle est notifiée à la personne détenue ou à son représentant légal qui la transmet au directeur de l'établissement pénitentiaire.

2-E. VOIES DE RECOURS

Les délais et les voies de recours sont précisés sur les notifications des décisions.

En cas de désaccord avec une décision prise par la CDAPH, le demandeur peut exercer successivement plusieurs voies de recours :

- **Un recours gracieux auprès de la MDPH.** C'est un recours administratif qui conduit à un réexamen de la décision par la CDAPH. Le demandeur conserve ainsi la possibilité d'un recours contentieux au cas où il



ne serait pas satisfait de l'issue du recours gracieux. La demande de recours gracieux se fait par courrier à l'attention de la MDPH, dans un délai de 2 mois suivant la réception de la notification de décision ou du rapport de conciliation si le demandeur envisage ensuite un recours contentieux. Le courrier doit être accompagné d'une copie de la notification de la décision contestée et de tous les justificatifs relatifs au handicap appuyant le ou les motifs de contestation de la décision ;

Il existe aussi une procédure de conciliation²⁶ qui consiste en l'intervention d'une personne qualifiée (extérieure à la MDPH) chargée de proposer des mesures de conciliation et qui rencontre la personne concernée. Il est nécessaire de se renseigner auprès de la MDPH sur les possibilités de mise en œuvre de cette conciliation.

L'engagement d'une procédure d'un recours gracieux ou de conciliation suspend les délais du recours contentieux.

- **Un recours contentieux** qui est un recours exercé devant un tribunal. S'il est préférable pour le demandeur d'avoir exercé préalablement un recours gracieux, jusqu'au 31 décembre 2018 il n'y a pas d'obligation et le demandeur peut engager directement un recours contentieux.

La demande de recours contentieux est à faire, par la personne détenue ou son représentant légal, par courrier au tribunal compétent dont l'adresse figure sur la notification de décision. Une copie de la notification de décision contestée doit être jointe avec un courrier précisant les noms, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur, numéro de sécurité sociale, la dénomination et l'adresse de l'organisme ayant pris la décision contestée, l'objet de la demande, un exposé sommaire des motifs de la demande.

Suivant les décisions le tribunal compétent est différent²⁷ :

- Tribunal du Contentieux de l'Incapacité (TCI) : PCH ; AAH et CPR ; AEEH, carte mobilité inclusion avec mention Invalidité ou priorité ; Orientation vers un Établissement ou Service Médico-Social ;
- Tribunal Administratif : Reconnaissance de Travailleur Handicapé (RTH) ; Orientation Professionnelle (ORP) ; Carte Mobilité Inclusion avec mention Stationnement.

Les décisions du TCI sont susceptibles d'appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT). Les décisions de la CNITAAT peuvent faire l'objet d'un recours devant la Cour de cassation.

Les décisions du tribunal administratif sont susceptibles d'appel devant la Cour administrative d'appel (CAA). Les décisions de la CAA peuvent faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'État.

À partir du 1^{er} janvier 2019, les modalités de recours contentieux changent :

- **il sera obligatoire d'engager un recours administratif avant d'engager un recours contentieux ;**
- **les recours examinés antérieurement par le TCI relèveront du pôle social du tribunal de grande instance (TGI) ;**
- **les parties pourront se défendre elles-mêmes ou se faire assister ou représenter²⁸.**

26. Article L.146-10 du Code de l'action sociale et des familles

27. Article L. 241-9 du Code de l'action sociale et des familles

28. Outre les avocats, peuvent assister ou représenter les parties notamment : conjoint ou ascendant ou descendant en ligne directe, concubin ou personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ; délégué d'une des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives ou d'une association régulièrement constituée depuis cinq ans au moins pour œuvrer dans les domaines des droits économiques et sociaux des usagers ainsi que dans ceux de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté. [Article L. 134-4 du Code de l'action sociale et des familles ou L. 142-9 du Code de sécurité sociale dans les versions qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2019].

FICHE 4

ACCÈS AUX DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)²⁹ s'adresse à toute personne âgée de 60 ans et plus, résidant en France³⁰, qui, au-delà des soins qu'elle peut requérir, a besoin d'être aidée pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite une surveillance régulière, dès lors qu'elle est classée dans l'un des quatre premiers groupes iso-ressources (GIR 1 à 4) de la grille nationale AGGIR³¹ (Autonomie Gérologie Groupes Iso-Ressources). Les personnes détenues peuvent bénéficier de l'APA dans les mêmes conditions qu'au domicile.

L'APA sert à financer tout ou partie des aides figurant dans le plan d'aide personnalisé de la personne âgée, notamment les aides humaines (par exemple l'intervention d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD). En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, USLD), l'APA permet de prendre en charge tout ou partie du tarif dépendance de l'établissement dans lequel réside la personne âgée.

La demande d'APA est à transmettre au président du conseil départemental du lieu de résidence (ou du domicile de secours si le lieu de résidence n'est pas acquisitif d'un domicile de secours).

La demande comprend le formulaire de demande d'APA établi par le département compétent conformément aux dispositions de l'annexe 2-3 du Code de l'action sociale et des familles et les pièces justificatives suivantes qui doivent être impérativement jointes au dossier :

- photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la communauté européenne ou extrait d'acte de naissance ;
- pour les demandeurs de nationalité étrangère, photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu ;

29. Pour plus d'informations : Articles L. 232-1 à L. 232-28 et R. 232-1 à R. 232-61 du Code de l'action sociale et des familles.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>.

30. Ces conditions sont précisées à l'article R. 232-2 du Code de l'action sociale et des familles

31. Annexe 2-1 du Code de l'action sociale et des familles.

- le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties, relevé annuel d'assurance vie...);
- relevé d'identité bancaire ou postal.

Beaucoup de départements prévoient un certificat médical qui n'est pas obligatoire, mais peut utilement contribuer à une meilleure prise en compte de la situation du demandeur.

Les formulaires sont spécifiques à chaque département et accessibles sur le site internet de chaque conseil départemental.

L'équipe médico-sociale APA du département effectue une évaluation multidimensionnelle sur la base d'un référentiel fixé par arrêté³² et élabore le plan d'aide.

Le plan d'aide est transmis au demandeur qui dispose d'un délai de 10 jours pour donner, par écrit, son accord à la proposition de plan d'aide.

Le calcul de l'APA et son montant sont différents à domicile et en établissement :

- En détention, le montant de l'APA est calculé dans les mêmes conditions qu'à domicile : le montant de l'APA est égal au montant de la fraction du plan d'aide utilisé par la personne âgée, auquel est soustrait, en fonction des ressources, le montant restant à charge. Le montant de l'APA ne peut pas dépasser un montant mensuel maximum défini par GIR.
- À la sortie de détention, si la personne est admise en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ce montant est calculé en fonction de trois paramètres :
 - les ressources du résident ;
 - son niveau de perte d'autonomie qui correspond à son GIR ;
 - le montant du tarif dépendance correspondant à son GIR en vigueur dans l'établissement.

L'attribution de l'APA relève du Président du conseil départemental du domicile de secours de la personne. L'APA ne peut pas se cumuler avec la PCH.

En cas d'urgence le Président du conseil départemental peut attribuer l'APA à titre provisoire et pour un montant forfaitaire.

La décision est notifiée à la personne détenue ou à son représentant légal qui la transmet au directeur de l'établissement pénitentiaire.

32. Arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du Code de l'action sociale et des familles.

FOCUS sur le domicile de secours

À quoi ça sert ?

Le domicile de secours est une notion juridique qui détermine la collectivité débitrice des aides sociales légales (telles que l'APA, la PCH ou l'ASH) et ne constitue en aucun cas une condition d'attribution des dites prestations. Le domicile de secours est la constatation d'un état de fait. Il se distingue du domicile civil, fiscal ou électoral.

Lorsque des démarches sont engagées pour l'accès à l'APA, la PCH ou l'ASH, il est donc nécessaire de disposer des éléments permettant d'identifier le domicile de secours.

Comment détermine-t-on le domicile de secours ?

Principe : La personne détenue conserve le domicile de secours qu'elle avait acquis avant son incarcération.

Le domicile de secours s'acquiert, sauf exceptions, par une résidence habituelle de trois mois ininterrompus dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation de la personne concernée. La personne peut avoir résidé dans des villes différentes de ce département.

Le séjour dans un établissement pénitentiaire, un établissement sanitaire ou un établissement médico-social ne sont toutefois pas acquisitifs de domicile de secours. La personne conserve le domicile de secours acquis avant l'entrée dans ces structures.

La preuve de cette résidence peut se faire par tout moyen, y compris une attestation d'hébergement d'un proche.

La condition de résidence habituelle doit être considérée comme remplie dès lors que la personne a eu une présence physique habituelle et notoire dans un département indépendamment de l'existence pour cette personne d'un domicile de résidence et de ses conditions d'habitation.

Pour un enfant mineur non émancipé, le domicile de secours est celui de la personne qui exerce l'autorité parentale (ou de l'une des personnes) ou la tutelle confiée en application de l'article 390 du Code Civil.

NB : Un conseil départemental ne peut pas s'estimer incompétent au motif que la personne est détenue dans un département différent depuis plus de trois mois.

Si le département à qui est adressée la demande de prestation s'estime incompétent, il devra renvoyer la demande au département qu'il estime compétent. Si ce dernier refuse sa compétence, il ne peut rejeter la demande d'aide sociale pour ce motif, mais devra déposer un recours devant la commission centrale d'aide sociale.

Que faire en l'absence de domicile de secours ?

S'il n'est pas possible de déterminer le domicile de secours d'avant l'incarcération, il convient de réaliser une domiciliation.

Il appartient aux personnels pénitentiaires d'insertion et de probation qui constatent l'absence de domicile de secours, d'entreprendre les démarches de domiciliation. Le cas échéant, la domiciliation au sein de l'établissement pénitentiaire, mise en œuvre de manière pluridisciplinaire, peut permettre de résoudre des situations complexes pour l'accès au droit des personnes concernées.

Voies de recours

Les délais et les voies de recours sont précisés sur les notifications des décisions.

Un recours gracieux peut être exercé. Il s'agit d'une demande de réexamen du dossier par l'autorité administrative qui a pris la décision. L'exercice d'un tel recours suspend le délai de recours contentieux. Il doit être présenté dans un délai de deux mois suivant la notification de décision. Le Conseil départemental concerné dispose d'un délai de deux mois, à compter de la réception du recours, pour y répondre. À défaut de réponse, le recours est réputé rejeté.

Le recours gracieux est à adresser par courrier, de la personne détenue ou de son représentant légal, au Président du conseil départemental, accompagné d'une copie de la notification de la décision contestée et de tous les justificatifs relatifs à la perte d'autonomie appuyant le ou les motifs de contestation de la décision.

Un recours contentieux peut être formé dans un délai de deux mois suivant la notification de décision devant la commission départementale de l'aide sociale (CDAS). La décision de la CDAS est susceptible d'appel dans le même délai auprès de la commission centrale d'aide sociale (CCAS). Enfin, la décision de la CCAS peut faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'État dans un délai de deux mois à compter de réception de la décision

Le recours contentieux est à adresser par courrier, de la personne détenue ou de son représentant légal, à la commission départementale de l'aide sociale dont l'adresse figure sur la notification de décision.

À partir du 1^{er} janvier 2019, les modalités de recours contentieux changent :

- il sera obligatoire d'engager un recours administratif avant d'engager un recours contentieux ;
- le recours contentieux devra être introduit devant le tribunal administratif (ce tribunal sera compétent en premier et dernier ressort, comme pour les autres contentieux sociaux déjà soumis au juge administratif : il y aura donc une possibilité de cassation devant le Conseil d'État) ;
- les parties pourront se défendre elles-mêmes ou se faire assister ou représenter³³.

33. Outre les avocats, peuvent assister ou représenter les parties notamment : conjoint ou ascendant ou descendant en ligne directe, concubin ou personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ; délégué d'une des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives ou d'une association régulièrement constituée depuis cinq ans au moins pour œuvrer dans les domaines des droits économiques et sociaux des usagers ainsi que dans ceux de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté. [Article L. 134-4 du Code de l'action sociale et des familles ou L. 142-9 du Code de sécurité sociale dans les versions qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2019].

FICHE 5

PRÉPARATION À LA SORTIE

En cas d'impossibilité de retour à domicile, l'accès des personnes détenues en situation de handicap ou de perte d'autonomie aux structures médico-sociales d'aval, constitue un enjeu particulièrement important. En effet, dans le cadre d'une mesure d'aménagement de peine pour raison médicale, la fixation du lieu d'hébergement constitue une condition du prononcé de l'aménagement de peine. Pour les sortants de prison, la recherche d'une structure d'aval constitue le point central du projet de sortie.

Cette recherche d'une structure d'aval s'avère complexe car elle repose sur une coordination avec plusieurs acteurs et implique l'acculturation de services, ayant besoin les uns des autres, afin de développer leurs connaissances réciproques et suppose de faire vivre un partenariat local riche permettant de répondre à de multiples situations³⁴.

La recherche d'une structure d'aval : Il est souhaitable que le SPIP et les USMP aient une connaissance des ressources du territoire en dispositifs de prise en charge sanitaire et médico-sociale effectivement mobilisables. Il s'agit d'identifier, à partir de l'établissement hospitalier de rattachement, les établissements et services avec lesquels des partenariats peuvent être noués, qui pourront se formaliser, le cas échéant, par la signature de conventions. C'est aussi l'occasion pour que chaque établissement précise sa procédure d'admission³⁵.

Le référent de l'Agence régionale de santé « politique de santé des personnes sous main de justice » et le référent santé de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), peuvent, en tant que de besoin, être mobilisés pour favoriser les partenariats avec des structures d'aval, sanitaires ou médico-sociales.

La coordination entre le service en charge des soins et le SPIP : Afin de rechercher une structure médico-sociale adaptée à la situation de la personne, le SPIP doit conjuguer ses actions avec l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). Cette dernière est notamment compétente pour :

- **identifier la problématique de santé à l'origine de la demande** : pathologie somatique ou mentale, engageant le pronostic vital ou non, perte d'autonomie d'une personne âgée de plus de 60 ans, situation de handicap, etc. ;
- **déterminer le type de prise en charge qui lui semble adapté** compte tenu de l'état de santé de la personne, et en informer la personne détenue. L'USMP s'assure que celle-ci soit informée de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation (Article L. 1111-6 du

34. La direction de l'administration pénitentiaire a mené l'expérimentation d'un guichet unique d'accès aux structures d'aval, visant à favoriser la coordination entre les services pénitentiaires d'insertion et de probation et les structures d'aval, par l'intermédiaire d'une boîte mail structurée. L'expérimentation a mis en exergue un certain nombre de constats : un fort besoin de prise en charge pour les personnes atteintes d'une pathologie mentale, la nécessité d'une coordination et d'un échange d'informations entre le SPIP et l'USMP dans le respect des obligations de secret médical et professionnel, une coordination avec les acteurs de droit commun.

35. Les textes ne prévoient pas les modalités exactes de l'admission dans les établissements. Toutefois, il est préconisé que chaque établissement mette en place de procédures clairement définies.

Code de santé publique). S'il s'agit d'une prise en charge par une structure médico-sociale, L'USMP oriente la personne vers le type de structure médico-sociale qui paraît le plus adapté à sa situation à sa sortie s'il s'agit d'une personne âgée de plus de 60 ans ou propose de faire une demande d'orientation auprès de la MDPH s'il s'agit d'une personne handicapée et en informe le SPIP dans le respect du secret médical. En outre, l'assistant de service social de l'USMP peut le cas échéant aider la personne dans la constitution du dossier.

- **en tant que de besoin, contribuer à la constitution des dossiers de demandes** notamment en renseignant la partie médicale :
 - Pour une personne handicapée : dossier de demande auprès de la MDPH (orientation vers un ESMS, AAH, PCH,...) ;
 - Pour une personne âgée de 60 ans ou plus en perte d'autonomie : dossier de demande d'APA, dossier de demande d'admission (établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD)), et le cas échéant, dossier de demande d'aide sociale à l'hébergement.
- **organiser la continuité des soins à la sortie** en lien avec le médecin coordonnateur de la structure d'aval d'accueil. Cette coordination peut notamment se matérialiser par la mise en place d'une fiche de liaison entre le SPIP et l'USMP, par l'organisation de réunions ou commissions ou par la participation de l'assistant de service social de l'USMP dans les démarches.

Le SPIP s'assure de la réalisation des démarches relatives aux demandes d'aide sociale (appui à la constitution des dossiers de demande APA, MDPH) et aux demandes d'admissions dans un établissement ou service médico-social. Elles sont réalisées par l'assistant de service social du SPIP et/ou du service en charge des soins, lorsque ces services en disposent. À défaut, il revient au SPIP d'organiser les modalités de cette réalisation. Les demandes pourront notamment être effectuées avec l'appui d'un travailleur social intervenant en détention (association, CCAS, conseil départemental, etc.).

Focus sur la constitution du dossier de demande d'admission en EHPAD

Le formulaire unique de demande d'admission en EHPAD (Cerfa n° 14732*01) peut être téléchargé sur le site « service public¹ ».

Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire. Une photocopie est à transmettre à chaque EHPAD sollicité.

Ce dossier comprend :

- **un volet administratif** à renseigner par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social). À cet effet, le SPIP collabore avec le service en charge des soins, via l'assistant de service social ou par tout travailleur social intervenant en ou hors détention (associations, CCAS ou conseil départemental), en lien avec l'assistant de service social du centre hospitalier de rattachement.
- **une partie médicale** à renseigner par le médecin en charge des soins et transmise sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de chaque EHPAD sollicité.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD prend contact en tant que de besoin avec le médecin en charge des soins.

Il existe un annuaire national des EHPAD, accessible sur le site développé par la CNSA, « pour les personnes âgées ».

1. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R17461>

Focus sur l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

L'aide sociale à l'hébergement pour personnes âgées : L'ASH permet de prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement d'une personne âgée en établissement ou chez un accueillant familial. L'ASH est subsidiaire, elle est versée par le département en fonction des ressources de la personne âgée et de ses obligés alimentaires¹. L'ASH est soumise à récupération.

Critères d'accès :

- Avoir plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si l'on est reconnu inapte au travail) ;
- Vivre en France de façon stable et régulière, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois (si la personne âgée est étrangère, elle doit avoir un titre de séjour valide) ;
- Avoir des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement ;
- Résider en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou en unité de soins de longue durée (USLD), ou résidence autonomie (ex logement-foyer), habilité à recevoir des bénéficiaires de l'ASH, ou résider chez un accueillant familial agréé par les services du département.

Démarche :

- La demande doit être déposée dans la commune du domicile de secours ;
- Pour que la prise en charge des frais d'hébergement débute à partir de la date d'entrée dans l'établissement, la demande d'ASH doit être faite dans les 2 mois suivant cette date d'entrée. Il est donc conseillé de faire la demande d'ASH en même temps que les démarches d'admission en établissement : le SPIP doit, sans attendre l'admission, aider la personne à réunir les pièces nécessaires pour la constitution du dossier de demande d'aide sociale à l'hébergement.

Montant :

Les services du département fixent le montant de l'ASH en fonction des ressources :

- de la personne âgée, y compris les biens immobiliers, à l'exception de la retraite combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques (Légion d'honneur) ;
- de la personne avec laquelle elle vit en couple ;
- de ses obligés alimentaires.

Le bénéficiaire de l'ASH doit reverser 90 % de ses revenus à l'établissement d'hébergement. S'il touche **une aide au logement**, cette aide est prise en compte dans les revenus. Les 10 % restants sont laissés à sa disposition. Cette somme ne peut pas être inférieure à un certain montant.

Versement : Les services du département versent l'ASH à la personne âgée ou à son représentant légal.

Les montants d'ASH versés par le département sont récupérables du vivant et au décès de la personne bénéficiaire.

Le département peut récupérer ces sommes :

- sur la succession du bénéficiaire (sommes récupérées sur le patrimoine transmis par la personne décédée à ses héritiers) ;

1. L'obligation alimentaire est l'obligation d'aider matériellement des personnes de sa famille, lorsque ces dernières sont dans le besoin (articles 205 du Code civil et L. 132-6 du Code de l'action sociale et des familles).

L'obligation alimentaire existe : entre parents et enfants, entre grands-parents et petits-enfants, entre gendres ou belles-filles et beaux-parents. Entre époux, il ne s'agit pas d'une obligation alimentaire mais d'un devoir de secours. Ce devoir existe aussi entre les personnes ayant passé un PACS. Les obligés alimentaires doivent s'entendre à l'amiable sur le montant de l'aide à verser à leur proche. La loi ne fixe pas le barème de l'obligation alimentaire. Seul le juge aux affaires familiales est compétent pour fixer la contribution individuelle de chaque obligé alimentaire en fonction de sa situation familiale et économique. Lorsque les obligés alimentaires ne sont pas d'accord sur les sommes à verser, le juge aux affaires familiales peut être saisi pour déterminer le montant de l'aide que chaque obligé alimentaire devra verser à son proche. En cas de manquement grave d'un parent envers son enfant (violences, abandon...), l'enfant peut demander à être exonéré de l'obligation alimentaire.

- si la situation financière du bénéficiaire s'améliore (en cas d'héritage, par exemple) ;
- sur donation faite par le bénéficiaire dans les 10 ans ayant précédé la demande d'ASH ou après celle-ci.

Aide sociale à l'hébergement pour personnes handicapées : les personnes handicapées admises dans un ESMS financé en totalité ou en partie par le département (cf. Tableau 2 : Etablissements sociaux ou médico-sociaux avec ou sans hébergement) peuvent aussi bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement. Des dispositions spécifiques² s'appliquent :

- les obligés alimentaires ne sont pas sollicités ;
- il n'y a pas de récupération lorsque les héritiers du bénéficiaire décédé sont son conjoint, ses enfants, ses parents ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge de la personne handicapée. Il n'y a pas de récupération du vivant de la personne dans le cas d'un retour à meilleure fortune pour les personnes handicapées.

La personne doit disposer d'une orientation CDAPH en cours de validité pour un type d'hébergement correspondant à l'établissement d'accueil.

Une personne handicapée hébergée en EHPAD ou en USLD peut bénéficier du régime d'ASH des personnes handicapées si elle remplit l'une des conditions suivantes³ :

- soit avoir été accueillie dans un établissement ou accompagnée par un service pour personnes handicapées adultes avant d'avoir été accueillie en établissement pour personnes âgées ;
- soit avoir un taux d'incapacité au moins égal à 80 % reconnu avant l'âge de 65 ans.

2. Article L. 344-5 du Code de l'action sociale et des familles.

3. Article L. 344-6 du Code de l'action sociale et des familles

Le cas particulier des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées : pour une personne en situation de handicap, une décision d'orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH constitue un pré requis à toute recherche d'un accueil en ESMS pour personne handicapée. Cette décision précise notamment la catégorie d'établissement dont relève la personne. Pour cette raison, il convient donc d'anticiper les démarches MDPH en amont de la sortie.

L'orientation vers un établissement ou service médico-social pour personnes handicapées doit être adaptée à la situation de handicap et aux besoins de compensation de la personne. Aussi, si la personne détenue dispose déjà d'une décision d'orientation, il peut être nécessaire d'en demander la révision afin de tenir compte de l'évolution de la situation de la personne concernée et répondre au mieux à ses besoins d'aides et d'accompagnement. Une demande auprès de la MDPH est donc indispensable pour déterminer le type d'orientation approprié à la personne concernée

La préparation de l'accueil au sein d'une structure d'aval : Au moment de la procédure d'admission, le médecin responsable de la coordination des soins au sein de l'établissement médico-social d'aval se met en tant que de besoin en relation avec le médecin en charge des soins de la personne, afin de s'assurer de l'adéquation avec le profil médico-social et, le cas échéant, définir les éventuels besoins de suivi et organiser la transmission du dossier médical.

- Afin que l'admission dans un ESMS se déroule dans les meilleures conditions, il est nécessaire que le SPIP et la structure d'accueil préparent cette arrivée avec la personne détenue. Il est souhaitable que la procédure d'admission pour la personne détenue soit celle prévue par la structure et que la personne détenue puisse bénéficier d'une permission de sortir pour participer aux visites ou entretiens prévus par la procédure établie

par l'ESMS d'accueil : en EHPAD, une visite de préadmission est souvent prévue avec le médecin coordonnateur, afin qu'il puisse donner un avis sur l'admission³⁶. Cette visite peut aussi permettre à la personne détenue de découvrir le lieu dans lequel elle sera accueillie.

- Dans les ESMS accueillant des personnes handicapées, les procédures sont variables, mais comportent souvent une rencontre avec un ou plusieurs membres de l'équipe et une visite de la structure.

À défaut, il peut être organisé une rencontre avec les membres de l'équipe, désignés par la direction de l'ESMS, dans le cadre d'un parloir.

Au moment de l'accueil, il est prévu de conclure un contrat de séjour, élaboré avec la participation de la personne accueillie, selon une procédure prévue par la réglementation³⁷. Cette procédure prévoit un entretien bilatéral avec le directeur de l'ESMS qui a notamment vocation à s'assurer du consentement de la personne à être accueillie et doit se faire hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit d'être accompagnée par une personne de confiance³⁸.

Pour les personnes en EHPAD, une annexe³⁹ au contrat de séjour intitulé « Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir » peut être prévue par l'EHPAD.

L'accompagnement de la personne après l'accueil : Dès lors que la personne est admise dans une structure d'aval, le SPIP est l'interlocuteur privilégié de l'établissement d'accueil⁴⁰. Il lui appartient de porter à sa connaissance les informations lui paraissant pertinentes pour la prise en charge et le suivi de la personne, comme par exemple certaines obligations judiciaires ou interdictions. Afin de garantir les échanges, une fiche de liaison peut être élaborée, afin d'éclairer les potentielles structures d'accueil. Les coordonnées des professionnels référents de chaque service pourront y être indiquées.

Les tableaux ci-après présentent les différents types d'établissements et services médico-sociaux destinés aux personnes handicapées et aux personnes âgées, les démarches à accomplir et les modalités de financement.

36. Les missions du médecin coordonnateur sont définies à l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles : « Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ».

37. Article L. 311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles

38. « Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance » cf. article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles

39. Annexe prévue par les articles L. 311-4-1 et R. 311-5-0 à R. 311-0-9 du Code de l'action sociale et des familles

40. Cf. « Guide DAP Croix rouge française relatif à l'accueil dans les établissements de la CRF de personnes bénéficiant d'un aménagement ou d'une suspension de peine pour raison médicale ».

TABEAU 1 : LES SERVICES SANITAIRES, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX POUVANT INTERVENIR À DOMICILE

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
Personne ayant besoin de soins médicaux et paramédicaux importants	Alternative à l'hospitalisation, assure des prestations de soins hospitaliers complexes et coordonnés au domicile des patients, 24h/24 et 7 jours sur 7	HAD <i>Hospitalisation à domicile</i>	Accès sur prescription médicale Évaluation par l'équipe soignante de l'HAD	Financement par l'assurance maladie
Personne âgée ou handicapée ou atteinte de maladie chronique, nécessitant des soins infirmiers	Prestation de soins techniques infirmiers ainsi que des soins de base et relationnels	SSIAD <i>Service de soins infirmiers à domicile</i>	Accès sur prescription médicale Démarche pour admission auprès du responsable de la structure	Financement par l'assurance maladie pour la partie soins Pas de participation financière des usagers
Personne âgée ou personne handicapée	Soutien à domicile : prestations de services ménagers et prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne	SAAD <i>Services d'aide et d'accompagnement à domicile</i>	Démarche pour admission auprès du responsable de la structure Pour une prise en charge : • demande de PCH à la MDPH • demande d'APA au département	La personne paie le service Aide financière possible : • personne handicapée : PCH • personne âgée : APA
Personne âgée ou personne handicapée	Assure de façon coordonnée et intégrée les missions d'un SSIAD et d'un SAAD	SPASAD <i>Service polyvalent d'aide et de soins à domicile</i>	Accès sur prescription médicale Démarche pour admission auprès du responsable de la structure Pour une prise en charge : • demande de PCH à la MDPH • demande d'APA au département	La personne paie le service pour les prestations relevant d'un SAAD Aide financière possible : • personne handicapée : PCH • personne âgée : APA

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
Personne adulte handicapée	Contribue à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Certains services assurent un accompagnement dédié à des types de handicap particuliers.	SAVS <i>Service d'accompagnement à la vie sociale</i>	Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH du département du domicile de secours* et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures Démarche pour admission auprès du responsable de la structure après la décision d'orientation	Financement : prix de journée, par le conseil départemental Pas de participation financière des usagers
Personne adulte handicapée	Apporte un accompagnement médico-social comportant des prestations de soins (dispensation et coordination des soins médicaux et paramédicaux) à domicile ainsi que les accompagnements assurés par un SAVS	SAMSAH <i>Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés</i>	Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures Démarche pour admission auprès du responsable de la structure	Financement conjoint : par le conseil départemental pour la partie accompagnement à la vie sociale (prix de journée) et par l'assurance maladie pour la partie soins (forfait journalier) Pas de participation financière des usagers

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
Enfant, adolescent ou jeune adulte handicapé	<p>Les SESSAD assurent une prise en charge globale avec un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie à des jeunes atteints d'une déficience intellectuelle, motrice ou sensorielle.</p> <p>Les services proposés diffèrent selon l'âge.</p>	<p>SESSAD <i>Service d'éducation spéciale et de soins à domicile</i></p> <p>SSAD: <i>Services pour enfants et adolescents polyhandicapés de 0 à 20 ans.</i></p>	<p>Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH du département du domicile de secours* et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures</p> <p>Démarche pour admission auprès du responsable de la structure après la décision d'orientation</p>	<p>Condition d'âge : jusqu'à 20 ans, sauf dispositions particulières prévues par l'autorisation</p> <p>Financement par l'assurance maladie</p> <p>Pas de participation financière des usagers</p>

TABLEAU 2 : ETABLISSEMENTS SOCIAUX OU MÉDICO-SOCIAUX AVEC OU SANS HÉBERGEMENT

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
Personne âgée en perte d'autonomie	Prise en charge globale Aide à l'autonomie Soins médicaux et paramédicaux Hébergement, restauration, animation	EHPAD <i>Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</i>	Démarche pour admission auprès du responsable de la structure : un dossier national unique d'admission en EHPAD est à transmettre à la structure http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/R17461.xhtml Pour une prise en charge : Demande d'APA et d'ASH auprès du département du domicile de secours*	Avoir 60 ans et plus (sauf dérogation) Décision d'admission par le directeur après avis du médecin coordonnateur (en fonction des possibilités d'accueil de l'EHPAD) Le résident paie une facture qui se décompose en tarif hébergement et tarif dépendance. Aide financière possible : Pour l'hébergement : ASH (aide sociale à l'hébergement) sous réserve que l'EHPAD soit habilité à l'aide sociale les aides au logement Pour le volet dépendance : APA en établissement
Personne âgée en perte d'autonomie avec pathologies nécessitant une permanence médicale et des actes médicaux itératifs	Prise en charge, en établissement hospitalier , de même nature qu'en l'EHPAD, pour des personnes qui requièrent des soins médicaux plus importants : actes itératifs et permanence d'une surveillance médicale	USLD <i>Unité de Soins longue durée dans un établissement hospitalier</i>	Etablissement de santé	Idem EHPAD

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
Personne âgée ou adulte handicapée	<p>Accueil permanent ou temporaire, à temps complet ou non, au sein d'une famille</p> <p>C'est une alternative entre le maintien à domicile et un accueil en établissement social et médico-social</p>	<p><i>Accueil familial à titre onéreux, assuré par des particuliers ayant obtenu un agrément du département</i></p>	<p>Dispositif placé sous la responsabilité du Président du département</p> <p>Pour une prise en charge : demande de PCH à la MDPH demande d'APA au département</p>	<p>La personne rémunère l'accueillant. Aide financière possible, en fonction de la situation, l'APA ou la PCH</p>
Personne adulte handicapée	<p>Prise en charge dans un établissement médico-social</p> <p>Pour les personnes n'étant pas en capacité d'avoir une activité professionnelle y compris en milieu protégé : Etablissement médicalisé ou non pour personnes handicapées</p> <p>Différentes modalités d'accompagnement sont possibles notamment internat et/ou accueil de jour.</p> <p>Pour les personnes pouvant avoir une activité professionnelle en milieu protégé (orientation de la CDAPH en ESAT)</p> <p>Les ESAT assurent un accueil de jour.</p>	<p>MAS <i>maison d'accueil spécialisée</i></p> <p>FAM <i>foyer d'accueil médicalisé</i></p> <p>Foyer occupationnel ou foyer de vie</p> <p>ESAT <i>établissement et service d'aide par le travail</i></p> <p>et Foyers d'hébergement</p>	<p>Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) du département du domicile de secours* et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures</p> <p>Démarche pour admission auprès du responsable de la structure après la décision d'orientation</p> <p>Demande auprès du CCAS/CIAS pour aide sociale à l'hébergement pour FAM, foyer occupationnel, foyer d'hébergement</p>	<p>Admission avant 60 ans</p> <p>MAS : prise en charge assurance maladie</p> <p>Forfait journalier à la charge de la personne ou AAH réduite</p> <p>FAM, Foyer occupationnel, Foyer d'hébergement : prise en charge par l'aide sociale à l'hébergement (sous conditions et selon des dispositions spécifiques aux personnes handicapées)</p> <p>nota bene : un minimum de ressource garanti est laissé à la personne hébergée.</p>

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
<p>Enfant, adolescent et jeunes adultes</p>	<p>Structures destinées à des jeunes atteints de déficiences intellectuelles profondes, moyennes, légères avec ou sans troubles associés</p> <p>Structures destinées à des jeunes présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie, à l'exclusion des malades atteints simultanément de troubles moteurs et de troubles psychiques caractérisés</p> <p>Structures destinées à des jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement et ayant des capacités intellectuelles normales voire quasi normales</p> <p>Structures destinées à des jeunes présentant des déficiences auditives ou visuelles, et pouvant présenter des troubles et handicaps associés.</p> <p>Centre d'accueil familial pour apporter à des enfants et adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif qu'ils ne peuvent trouver dans leur propre entourage</p> <p>Il est rattaché à un IME, un CMPP ou un CAMSP et n'accueille que les enfants qui y sont suivis</p>	<p>IME <i>Institut médico-éducatif</i></p> <p>IEM <i>Institut d'éducation motrice</i></p> <p>ITEP <i>Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique</i></p> <p>- <i>Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives ;</i></p> <p>- <i>Les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ;</i></p> <p>- <i>Les instituts d'éducation sensorielle pour sourds et aveugles.</i></p> <p>CAFS <i>Centre d'accueil familial spécialisé</i></p>	<p>Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH du département du domicile de secours* et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures</p> <p>Démarche pour admission auprès du responsable de la structure après la décision d'orientation</p> <p>Le choix de la famille d'accueil relève du directeur de l'établissement dans lequel le jeune est accueilli</p>	<p>Jusqu'à 20 ans, sauf dispositions particulières prévues par l'autorisation</p> <p>Financement par l'assurance maladie et l'éducation nationale (pour les enseignants mis à disposition)</p> <p>Pas de participation financière des usagers</p>

FICHE 6

PARTENARIATS

1-A. DISPOSITION POUR FACILITER LE MAINTIEN DES DROITS À L'AAH

Afin de faciliter le maintien des droits à l'AAH en fonction de l'évolution de la situation et des mesures d'aménagement ou d'exécution de peine, plusieurs outils sont mis en place entre la caisse d'allocation familiale (CAF) ou la mutualité sociale agricole (MSA) et le SPIP :

- la délivrance d'un billet de sortie marquant la fin de la détention ;
- la création d'une fiche de liaison renseignée par le SPIP ;

Des bonnes pratiques peuvent aussi être mises en place pour faciliter l'accès à l'AAH des personnes sous mains de justice :

- la désignation de référents au sein de chaque service ;
- la mise en place de rendez-vous d'accès aux droits ; la réalisation d'informations collectives.

1-B. DISPOSITION POUR FACILITER L'ACCÈS À LA PCH OU L'APA ET LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS D'AIDES OU DE COMPENSATION

Une convention signée entre l'administration pénitentiaire, l'établissement de santé, le département, la MDPH et le cas échéant des services d'aide à domicile est de nature à faciliter l'accès aux prestations et la mise en œuvre des aides, notamment des aides humaines. Dans les départements où une telle convention n'a pas été signée, le modèle de convention, est destiné à faciliter la démarche.

Pour améliorer le traitement des demandes faites auprès de la MDPH ou des demandes d'APA, il est utile que l'équipe soignante médicale et para médicale de l'unité de soins communique les informations nécessaires à l'évaluation de la situation, l'identification des besoins à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ou à l'équipe médico-sociale du département pour l'APA.

Les établissements pénitentiaires facilitent l'accès des équipes pluridisciplinaires des MDPH ou des équipes médico-sociales APA des conseils départementaux pour la réalisation des évaluations dans le cadre de demande de PCH (et le cas échéant d'autres demandes de prestations ou de droits auprès de la MDPH) ou d'APA et du service d'aide et d'accompagnement à domicile pour la mise en œuvre des plans d'aide.

Le chef de l'établissement pénitentiaire autorise, par voie d'habilitation, l'accès des personnels du service d'aide et d'accompagnement à domicile. Les horaires d'intervention, les lieux autorisés, la mise à disposition du matériel par l'administration pénitentiaire (produits d'entretien et matériel nécessaire à l'hygiène de la cellule) et les prestations assurées sont fixés par voie de convention.

En outre, l'établissement pénitentiaire prend en charge une formation des personnels intervenant pour l'adaptation au milieu carcéral. Le prestataire, quant à lui, assure les prestations en conformité avec les règles

déontologiques. Il informe l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire en cas de dégradation de l'état de santé des personnes détenues suivies.



Livre 4

Livre 5

PERMISSIONS DE SORTIR,
AMÉNAGEMENTS DE
PEINE POUR RAISON
MÉDICALE ET GRÂCE

FICHE 1

AMÉNAGEMENT DE PEINE ET MISE EN LIBERTÉ POUR RAISON MÉDICALE

Ces informations sont disponibles dans le *Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale*.

PERMISSIONS DE SORTIR

En vertu de l'article D. 143-4 du code de procédure pénale (CPP), des permissions de sortir d'une durée maximale d'une journée peuvent être accordées aux personnes condamnées pour se présenter dans une structure de soins, sous réserve qu'elles répondent aux critères définis par cet article. Des permissions de sortir d'une durée de trois jours peuvent également être octroyées, lorsque la situation pénale de la personne détenue relève des critères énoncés à l'article D. 143 du CPP et que cette sortie est de nature à préparer sa réinsertion professionnelle ou sociale.

En outre, les personnes détenues, condamnées à une mesure de surveillance judiciaire ou de surveillance de sûreté, doivent rencontrer le médecin coordonnateur et leur médecin traitant avant leur libération ou la cessation de leur rétention de sûreté. Conformément aux dispositions de l'article D. 147-40-1 du CPP, cette rencontre peut s'organiser par l'octroi de permissions de sortir ou, le cas échéant, d'autorisations de sortie sous escorte. Les permissions de sortir pour se rendre dans une structure de soins et les autorisations de sortie sous escorte pour rencontrer un médecin coordonnateur et un médecin traitant sont accordées par le juge de l'application des peines (JAP), qui précise dans sa décision les modalités de la permission (horaires de sortie et de retour, lieu d'hébergement, obligations et interdictions éventuelles, prise en charge, etc.). L'article D. 144 du CPP permet toutefois au JAP de décider, dans son ordonnance statuant sur le principe de l'octroi de la ou des permissions, que la date et les modalités d'exécution de cette ou ces permissions seront fixées et précisées par le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation (DSPIP), après avis du chef d'établissement. La personne détenue doit supporter les frais de transport occasionnés. À ce titre, la personne condamnée se verra refuser sa permission de sortir si elle ne dispose pas des fonds suffisants sur sa part disponible.

Les permissions de sortir et autorisations de sortie sous escorte ne sont donc applicables que pour un nombre limité de personnes, et soumises à une décision judiciaire. Il est également possible de demander un aménagement de peine ou une mise en liberté pour raison médicale, dans les cas où l'état médical de la personne correspond à ce cadre de procédure.

FICHE 3

GRÂCE PRÉSIDENTIELLE

La grâce n'est pas un aménagement de peine mais une prérogative discrétionnaire du président de la République. Mesure strictement individuelle, elle dispense la personne condamnée qui en bénéficie de l'exécution de tout ou partie de sa peine. En revanche, elle ne fait pas disparaître la condamnation qui restera mentionnée au casier judiciaire.

La grâce peut être demandée par la personne condamnée elle-même mais également par un tiers. La demande de grâce est instruite par la direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la justice. Elle peut constituer le dernier recours de celui qui, gravement malade, n'entrerait pas dans les conditions des mesures décrites dans le Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale.

S'agissant d'un pouvoir discrétionnaire, le président de la République n'a pas à indiquer les motifs qui le conduisent à envisager ou non une telle mesure. S'il décide d'octroyer une grâce, cette dernière est décidée par un décret, signé par le président de la République, contresigné par le Premier ministre et par le ministre de la Justice. Les décrets de grâce ne sont pas publiés au Journal officiel et sont notifiés directement à la personne condamnée et le cas échéant à la personne ayant sollicité la grâce.



Livre 5

Livre 6

ORGANISATION
DE L'ÉDUCATION ET DE LA
PROMOTION DE LA SANTÉ
EN MILIEU PÉNITENTIAIRE



FICHE 1

DÉFINITION, CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉDUCATION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

La promotion de la santé est définie comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » dans la charte d'Ottawa, texte fondateur publié par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986. À noter que la définition de l'OMS de la santé est très ambitieuse : il s'agit d'un état complet de bien-être physique, mental et social, soutenu par l'élaboration de politiques pour la santé, de la création d'environnements favorables à la santé, du renforcement de l'action communautaire, de l'acquisition d'aptitudes individuelles et de la réorientation des services de santé. La promotion de la santé est donc un ensemble d'actions qui agissent sur plusieurs niveaux des déterminants de la santé. Elle est basée sur une approche pluridisciplinaire et intersectorielle et ne se limite pas à l'intervention des seuls professionnels de la santé.

Les actions de promotion de la santé doivent être construites selon une approche globale de la santé et se développer en direction de cinq axes, définis dans la charte d'Ottawa :

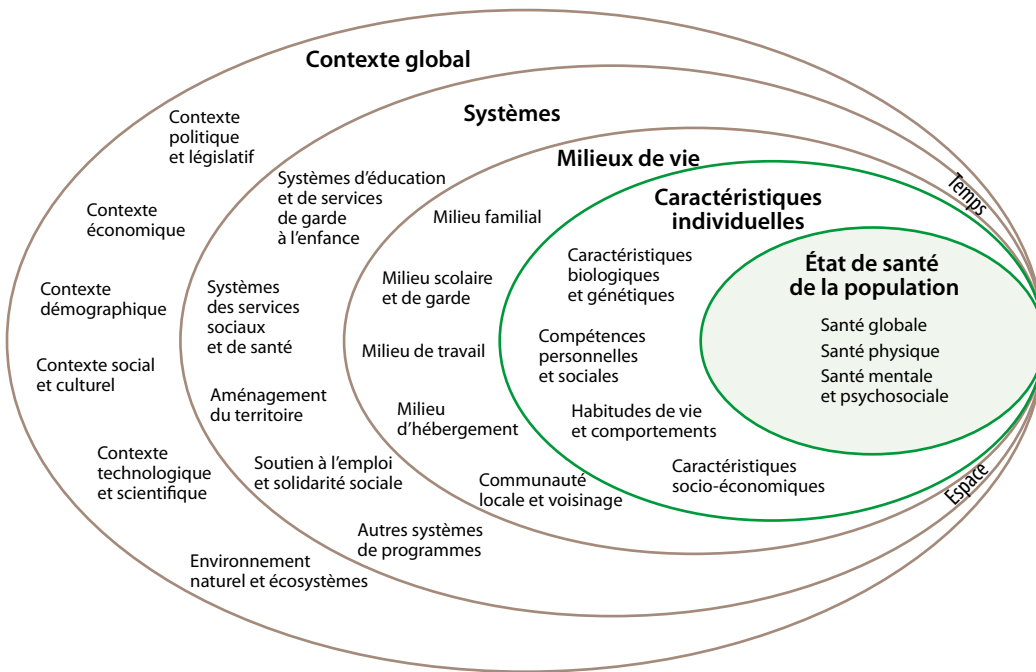
- des politiques positives pour la santé ;
- un environnement favorable ;
- la participation des publics ;
- l'acquisition d'aptitudes ;
- l'accès aux soins selon une approche globale de la santé.

C'est cette mise en synergie qui confère à ces actions une plus grande efficacité au bénéfice des publics qu'elles concernent.

L'éducation pour la santé est une **stratégie d'intervention en promotion de la santé**. Il s'agit non seulement de transmettre des connaissances, mais aussi de permettre leur appropriation ainsi que l'acquisition, par les personnes, des compétences nécessaires à la réalisation de choix qui concourent à maintenir ou à améliorer

leur santé. L'éducation pour la santé agit sur les déterminants individuels. Elle est basée sur la participation des personnes et s'appuie sur leurs demandes et leurs représentations¹.

LES DÉTERMINANTS INFLUENÇANT L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux. *La Santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir.* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002 : 24 p.
En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

1 - CONTEXTE

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) depuis leur création en 1994.

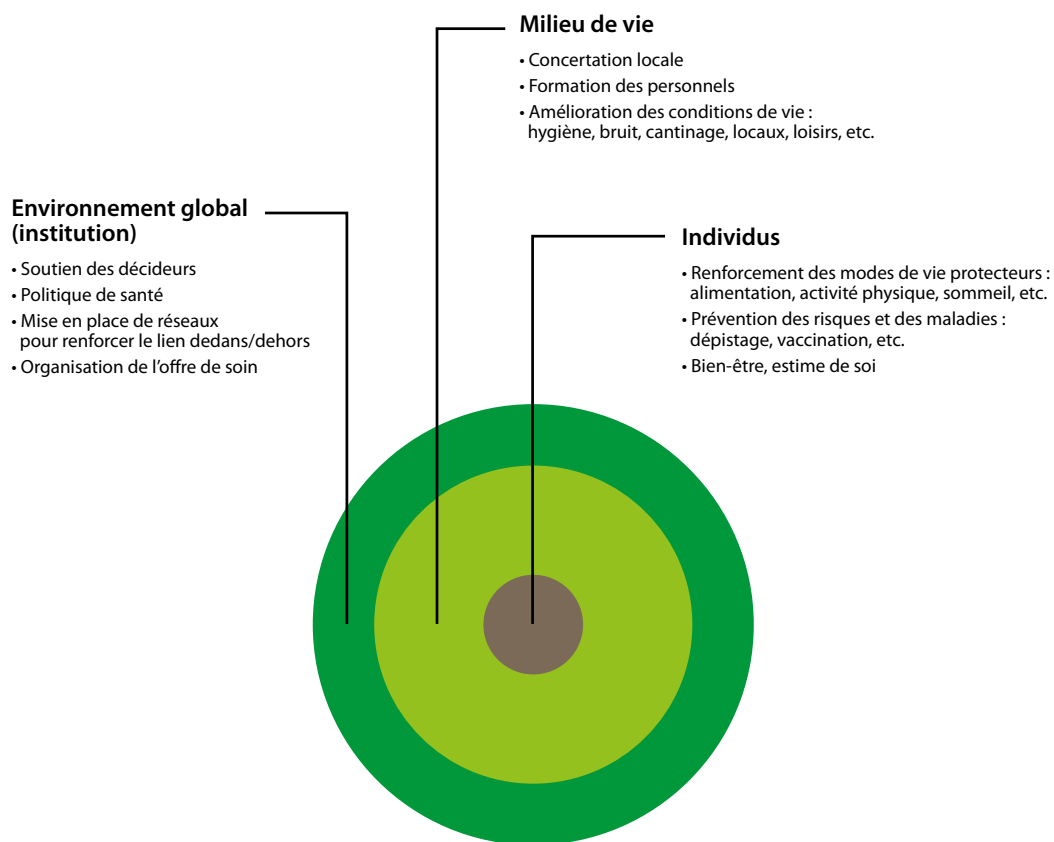
La démarche de promotion de la santé et d'éducation pour la santé s'intègre dans une approche « globale » qui inclut l'environnement des personnes détenues, les conditions de vie dans l'établissement pénitentiaire, et associe l'ensemble des intervenants – personnes détenues comprises (approche globale de la prison, « *whole prison approach* » de l'OMS) – en cohérence avec les principes de la charte d'Ottawa. Elle prend en compte les besoins de santé, y compris ceux relatifs aux conditions de vie (déterminants de santé). Cette démarche est l'un des outils de réinsertion. Elle suscite l'investissement personnel du patient et sa prise de conscience du goût à prendre soin de soi.

1. F. Bourdillon (sous la dir. de), *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé.* Saint-Denis, INPES, coll. « Varia », 2009, 192 p., fiche 1, p. 48 (consultable sur www.inpes.sante.fr).

Ces derniers aspects peuvent être traités en commission santé ou lors des réunions du comité de pilotage des actions de prévention et de promotion de la santé de l'établissement pénitentiaire.

En application des textes législatifs et réglementaires, l'établissement de santé ayant en charge le dispositif de soins somatiques a la responsabilité de la coordination de ces actions et de l'élaboration du programme annuel ou pluriannuel. Celui-ci est élaboré en lien avec l'établissement de santé en charge du dispositif de soins psychiatriques (si celui-ci diffère), l'établissement pénitentiaire, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et les services éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) lorsque le public concerné est mineur. Pour mener à bien ces actions, un comité de pilotage est mis en place.

LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ SUR LES DÉTERMINANTS²



2. *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire : référentiel d'intervention*, INPES, 2014.

2 - OBJECTIFS

Mettre en œuvre des actions de promotion de la santé dans un établissement pénitentiaire permet de :

- donner aux personnes détenues les moyens de faire des choix favorables à leur santé :
 - par la transmission d'informations et l'acquisition de compétences,
 - à partir d'actions de promotion et d'éducation à la santé adaptées :
 - aux besoins en santé de la personne,
 - au contexte de l'établissement ;
- ainsi qu'aux politiques de santé publiques nationales et régionales ;
- intégrer les actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé dans un plan cohérent et coordonné ;
- coordonner les actions notamment au regard de la multiplicité des intervenants et des financeurs ;
- fédérer l'ensemble des acteurs, y compris les personnes détenues, autour d'un projet commun en favorisant transversalité et concertation selon les axes de la promotion de la santé ;
- agir sur les conditions de vie et les déterminants environnementaux pour des bénéfices collectifs et pérennes.

FICHE 2

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ÉDUCATION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

1 - LE COMITÉ DE PILOTAGE

1-A. MISSIONS

Le comité de pilotage a pour mission **d'élaborer, ou de valider, le programme annuel ou de préférence pluriannuel d'actions de promotion de la santé**. Pour cela, il :

- définit des priorités au regard des besoins et des demandes des personnes détenues dans l'établissement et des politiques de santé régionales et nationales ;
- valide les propositions d'actions et le choix des intervenants ;
- échange l'information sur les actions menées et/ou financées ;
- suit la mise en œuvre et la cohérence des actions ;
- analyse les évaluations des actions mises en œuvre et propose des adaptations ou des changements nécessaires, le cas échéant.

Il se réunit au minimum une fois par an.

En pratique, le comité de pilotage définit le programme dans une approche globale de promotion de la santé. Il s'appuie sur une équipe projet chargée d'élaborer, de suivre, d'accompagner et d'évaluer le programme d'actions.

I-B. COMPOSITION

Le comité de pilotage est présidé par le directeur d'établissement de santé ou son représentant³. Le médecin coordonnateur de l'USMP et/ou le cadre de santé coordonnent le comité de pilotage. Sa composition doit être la plus représentative possible des intervenants dans l'établissement.

Les membres suivants peuvent y participer :

- médecin responsable du dispositif de soins somatiques de l'USMP et cadre de santé ;
- médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques de l'USMP et cadre de santé ;
- personnels soignants de l'USMP (dispositif des soins somatiques et dispositif des soins psychiatriques) ;
- directeur du/des établissement(s) de santé en charge de l'unité sanitaire ;
- personnels des services pénitentiaires ;
- chef de l'établissement pénitentiaire ;
- personnels du SPIIP ;
- représentants de la PJJ dans les établissements accueillant des mineurs ;
- autres partenaires jugés utiles en fonction des situations locales (personnels de l'Éducation nationale, CSAPA, IREPS/CODES, CLAT, CeGIDD⁴, associations, etc.) ;
- une personne détenue représentant les usagers de l'établissement.

L'agence régionale de santé (ARS), la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) et la direction interrégionale de la PJJ (DIRPJJ) peuvent être invités si besoin.

I-C. PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le programme de promotion de la santé est l'ensemble des actions coordonnées identifiées et retenues après état des lieux des besoins. Son objectif est de toucher un public large, certaines actions pouvant néanmoins cibler des besoins spécifiques.

Il s'inscrit par ailleurs dans les projets régionaux de santé (PRS) élaborés par les ARS, dont les schémas régionaux et les plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) font partie. Il prend en compte les plans et programmes nationaux de santé publique (dont certains mentionnent explicitement le milieu pénitentiaire).

Il est adressé par la direction de l'établissement de santé à l'ARS. Celle-ci, sous réserve de la validation du programme, peut attribuer des financements (notamment à travers le Fonds d'intervention régional).

Il fait l'objet d'une évaluation annuelle. Les résultats sont présentés dans le cadre du comité de pilotage et permettent d'orienter les actions.

L'établissement de santé a par ailleurs toute latitude pour engager ou impulser des actions complémentaires et/ou novatrices, en collaboration avec les partenaires de son choix et l'administration pénitentiaire.

3. Art. R. 6112-20 du CSP.

4. CSAPA (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), IREPS/CODES (instances régionales d'éducation pour la santé/comités départementaux d'éducation pour la santé), CLAT (centre de lutte antituberculeuse), CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic VIH/ Sida, hépatites virales B & C et autres IST [infections sexuellement transmissibles]).

État des lieux des besoins, réalisé à partir de plusieurs sources de données. En particulier :

- données épidémiologiques sur l'état de santé des personnes détenues dans l'établissement ;
- demandes exprimées par les personnes détenues, soit spontanément au personnel soignant, au personnel pénitentiaire ou à tout intervenant dans l'établissement pénitentiaire, soit organisées (questionnaires, focus groupes, groupes de paroles, etc.) ;
- problématiques remontées par des acteurs soignants et non soignants (SPIP, éducateurs PJJ, intervenants associatifs...).

FICHE 3

ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ

1 - LES ACTIONS SUR LES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS

Ce sont les actions d'éducation à la santé qui sont, en règle générale, des actions collectives qui s'adressent, de manière adaptée (âge, sexe, maîtrise de la langue, etc.), à des groupes restreints de personnes.

Contenu des actions :

- groupes de parole, d'ateliers d'expression se réunissant sur plusieurs sessions ou ponctuellement, à thématique spécifique ou non ;
- séances d'information suivies d'échanges (avec interventions « d'experts » et/ou de « témoins ») ;
- construction de supports d'information donnant l'occasion d'un échange ;
- actions ponctuelles, telles que l'organisation d'événements à l'occasion de journées nationales ou mondiales (virus de l'immunodéficience humaine [VIH], tuberculose, tabac, hépatites), semaine internationale de la santé mentale, semaine de la vaccination, par exemple.

2 - LES ACTIONS SUR LES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

Ce sont des actions portant sur l'organisation de l'établissement ayant un impact sur la santé. Elles trouvent dans ce contexte toute leur place en termes de stratégie de promotion de la santé. Ces actions doivent donc faire l'objet d'une réflexion préalable au sein de l'établissement.

2-A. QUELQUES EXEMPLES D'ACTIONS

- actions relatives aux processus : mise en place d'un comité de pilotage, d'une équipe projet, signature d'une convention, modification d'un règlement intérieur, de règles de fonctionnement, etc. ;
- actions relatives à la formation : auprès des personnels et des publics ;
- actions relatives à l'organisation : changement d'attribution d'un local, modification de planning, mutualisation des ressources, autorisation d'accès, rénovation, achat/location de biens et matériels (définition et aménagement d'espaces fumeurs/non-fumeurs) ;
- actions relatives à des interventions : tenue d'un focus groupe, mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles, séance d'éducation à la santé, audit, campagne de communication, etc. ;
- actions relatives à des activités, création d'outils, réalisation d'une enquête, événementiel, etc. ;
- actions relatives à l'évaluation : prestataire externe, restitution ;

- information sur les actions du programme :
 - auprès des personnes détenues :
 - au travers de supports de communication (livret d'accueil, affiches, dépliants, canaux vidéos internes),
 - et/ou lors des consultations ;
 - auprès de l'ensemble des personnels et intervenants de l'établissement.

2-B. CHOIX DES INTERVENANTS

Les intervenants peuvent être :

- internes (personnels de soins de l'USMP, CSAPA référent⁵, personnels pénitentiaires, SPIP, PJJ, Éducation nationale, éducateurs...). Dans les établissements accueillant des mineurs, les éducateurs et les personnels infirmiers des DIRPJJ ;
- externes (personnels de santé extérieurs hospitaliers ou libéraux, associations de thématiques diverses, IREPS/CODES, etc.). Les associations peuvent intervenir dans le cadre de conventions cadres nationales ou locales. La formalisation d'une convention ou d'une charte de partenariat avec l'établissement – soit au niveau de l'établissement de santé, soit au niveau de l'établissement pénitentiaire, soit de manière tripartite – est un facteur facilitant la cohérence et la pérennisation des actions.

Il revient dans ce cas au comité de pilotage de valider ces choix dans le cadre du programme d'actions.

2-C. ÉVALUATION DES ACTIONS

Elle tient compte des objectifs fixés. Différents paramètres peuvent être analysés : adéquation aux besoins, adhésion des participants, analyse de l'impact de l'action, évaluation des partenariats, etc.

Des enquêtes peuvent être conduites auprès des personnes détenues, afin d'évaluer leur satisfaction et l'acquisition des connaissances, mais également auprès des intervenants. L'évaluation doit être pensée dès le début de l'action. Des ressources sont disponibles dans le référentiel d'intervention publié par l'INPES/Santé publique France en 2014.

5. Instruction DSG/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

FICHE 4

APPUI AUX ACTIONS ÉDUCATION/PROMOTION DE LA SANTÉ

I - MODALITÉS DE FINANCEMENT

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des USMP. À ce titre, elles coordonnent, pilotent et participent à l'élaboration du programme d'actions avec l'ensemble des partenaires. De manière régulière, elles réalisent également elles-mêmes des actions⁶.

Les actions de promotion et d'éducation pour la santé sont financées par des crédits du **fonds d'intervention régional des ARS**⁷, délégués aux ARS et attribués après une procédure d'appel à projets aux candidats retenus, hospitaliers ou non, ou sous forme de subventions directes.

D'autres sources de financement existent, provenant :

- **des DISP** qui peuvent participer au financement d'actions au travers d'appels à projets et/ou répondre à des appels à projets en lien avec les ARS ;
- **des crédits de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)**, au travers d'appels à projets. Il s'agit de crédits départementaux gérés par les préfectures ou de crédits nationaux issus du fonds de concours. Ces derniers varient d'une année sur l'autre ;
- **des structures nationales**, dans le cadre d'appels à projets, comme Santé publique France ou le secteur associatif ;
- **des conseils départementaux** au travers de certaines actions menées par leurs structures (centre de planification ou d'éducation familiale par exemple) ;
- **du secteur associatif** qui peut réaliser des actions sur ses propres financements ;
- **des fondations** (ex : Fondation de France).

6. Source : état des lieux INPES, 2012.

7. Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des ARS.

2 - MODALITÉS D'OBTENTION DE FINANCEMENT

L'ARS informe des appels à projets les directions des établissements de santé concernés, ainsi que la DISP. Les actions du programme (celui-ci ayant été validé préalablement) font l'objet d'une convention de financement entre l'ARS et le promoteur du projet (établissement hospitalier, associations, etc.).

Le comité de pilotage (COFIL) est informé des crédits attribués à certaines actions (ces crédits sont fléchés).

3 - APPUI TECHNIQUE ET OUTILS : L'IMPLICATION DE L'ANSP DANS LE MILIEU PÉNITENTIAIRE

Depuis sa création le 1^{er} mai 2016, Santé publique France est la nouvelle ANSP. Créée par la loi n° 2016-41 « modernisation du système de santé », Santé publique France regroupe l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), ainsi que le groupement d'intérêt public ADALIS (Addictions, drogues, alcool info service).

L'agence intervient dans les champs de la veille et de la surveillance, de la prévention, de la promotion de la santé et pour la réponse aux alertes sanitaires. Elle répond ainsi au besoin de créer, en France, un centre de référence en santé publique, assurant une continuité, de la connaissance à l'intervention. Elle vise à anticiper, à comprendre et à agir, pour la santé de tous.

Santé publique France met à disposition des personnes intéressées par la promotion de la santé en milieu carcéral :

- un référentiel d'intervention pour aider à la mise en place de programmes de promotion de la santé ;
- un espace thématique « santé en milieu pénitentiaire » sur son site internet. L'internaute y trouvera un ensemble de ressources utiles pour l'éducation et la promotion de la santé et des outils de prévention à l'adresse de ces publics. Il comprend une sélection de documents de référence et d'outils élaborés par l'agence, qui peuvent être utiles à tous les acteurs concernés dans ce champ (professionnels de la santé et de la justice, institutions, associations, proches, etc.). Afin d'accompagner le développement de la démarche dans les établissements, l'INPES a lancé en 2014 un appel à projets pour soutenir des projets pilotes de promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Les programmes ainsi sélectionnés figurent également sur le site (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/sante-penitentiaire/index.asp>).

Livre 7

DROITS SOCIAUX ET FINANCEMENTS DES SOINS

CAHIER 1 ▶ LA PROTECTION SOCIALE

P. 401 > 420

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

P. 421 > 435

CAHIER 1

LA PROTECTION SOCIALE

P. 401 > 4210

FICHE 1

LA COUVERTURE MALADIE SPÉCIFIQUE AUX PERSONNES ÉCROUÉES

1 - QUI EST COUVERT ?

Toute personne écrouée bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé par le régime général d'assurance maladie à compter de la date d'écrou¹.

On entend par « personne écrouée » toute personne incarcérée dans un établissement pénitentiaire (prévenue ou condamnée), ou bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine sous écrou (semi-liberté, placement à l'extérieur ou placement sous surveillance électronique). Dans le Code de la Sécurité Sociale, cette définition générique peut être reprise sous les termes de « personne écrouée », « personne détenue » ou « détenu ».

Sont donc rattachées au régime général toutes les personnes écrouées :

- mineures ou majeures ;
- retraitées ;
- qui relevaient d'un autre régime d'assurance maladie avant leur incarcération ;
- en situation régulière ou irrégulière vis-à-vis du droit au séjour des étrangers en France ;
- prévenues ou condamnées ;
- effectuant ou non un travail pénitentiaire en détention ;
- incarcérées ou bénéficiant d'un aménagement de peine sous écrou (semi-liberté, placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique).

Ne sont pas rattachées au régime général au titre de la mise sous écrou :

- **les personnes écrouées en aménagement de peine exerçant une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres :**

Les personnes bénéficiant d'une mesure de semi-liberté, de placement à l'extérieur² ou placées sous surveillance électronique en application de l'article L.723-7 du CPP et exerçant une activité professionnelle dans les mêmes

1. Article L. 381-30 du Code de la Sécurité Sociale

2. En application de l'article 723 du Code de Procédure Pénale

conditions que les travailleurs libres, sont affiliées au régime d'assurance maladie dont elles relèvent au titre de cette activité³. Elles peuvent ainsi bénéficier des prestations en espèces telles que les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, si elles en remplissent les conditions.

Ces personnes bénéficient d'une prise en charge des frais de santé de droit commun, à l'instar de n'importe quel autre assuré et sont soumises aux mêmes obligations (parcours de soins coordonné,...).

- **les personnes effectuant un travail d'intérêt général**

Ces personnes ne sont pas écrouées. Elles restent donc couvertes par leur régime d'assurance maladie actuel. Elles peuvent toutefois bénéficier d'une prise en charge par le régime général en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle (cf. fiche 3. La couverture accident du travail – maladie professionnelle).

- **les enfants des personnes écrouées**

Lorsque des enfants sont rattachés à la personne mise sous écrou (ce sont les « ayants droit » de cette personne), il est procédé au « détachement » de ces ayants droit pour qu'ils continuent d'être gérés par la caisse de leur lieu de résidence.

2 - QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ?

2-A. PRISE EN CHARGE PAR LE CNPE

La prise en charge est effectuée par le CNPE (Centre National de la protection sociale des personnes écrouées)⁴, sur la base des informations transmises par l'administration pénitentiaire.

Le CNPE est constitué de 2 pôles inter-régionaux :

- La CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) de l'Oise gère les personnes écrouées dans les établissements pénitentiaires situés dans les régions Hauts-de-France, Île-de-France et Grand Est, dans le ressort respectivement des DISP (direction interrégionale des services pénitentiaires) de Lille, Paris et Strasbourg.
- La CPAM du Lot gère les personnes écrouées dans les établissements pénitentiaires situés dans les autres régions, dans le ressort des DISP de Rennes, Dijon, Lyon, Toulouse, Bordeaux et la mission Outre-mer (la gestion des personnes écrouées dans les départements d'Outre-mer, aujourd'hui assurée par les caisses générales de sécurité sociale, sera reprise par le CNPE à la fin de l'année 2019).

Les services de l'administration pénitentiaire transmettent au CNPE, dans un délai de 5 jours ouvrés à compter de la date d'écrou, les informations nécessaires à la prise en charge de chaque personne écrouée.

Le CNPE rattache la personne écrouée au régime général d'assurance maladie-maternité et transmet, dans un délai de 5 à 10 jours ouvrés :

- sur un serveur sécurisé, l'attestation de droits, à destination du greffe de l'établissement pénitentiaire, pour la personne incarcérée ;

3. Article L. 381-30 2° alinéa et D160-14 1° alinéa du Code de la Sécurité Sociale

4. Arrêté du 10 août 2017 modifiant l'arrêté du 6 mars 1995 fixant la liste des assurés sociaux qui doivent être affiliés à une caisse d'assurance maladie autre que la caisse du lieu de résidence

- par courrier au domicile de la personne en aménagement de peine. Si cette dernière possède une carte Vitale, elle devra la mettre à jour en pharmacie ou en CPAM.

Le greffe informe le secrétariat de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) (ou, en l'absence de secrétariat, le médecin de l'unité) du numéro de sécurité sociale de la personne incarcérée.

2-B. ATTRIBUTION D'UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE ET D'UNE CARTE VITALE

Toute personne née en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) est inscrite au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) de l'INSEE. L'inscription à ce répertoire entraîne l'attribution du numéro d'inscription au répertoire (NIR), communément appelé « numéro de sécurité sociale ». La délivrance du NIR pour les personnes nées à l'étranger est effectuée par le SANDIA⁵, sur la base des pièces justificatives indiquées ci-après. L'attribution du numéro de sécurité sociale est un préalable indispensable à l'obtention de la carte Vitale.

La carte Vitale permet au praticien ou à l'hôpital de télétransmettre les informations à l'assurance maladie, et ainsi d'obtenir rapidement les remboursements des soins. Elle évite également à l'assuré d'avoir à remplir et envoyer la feuille de soins. Elle est conservée au vestiaire lors de l'incarcération, et remise à la personne en cas de permission de sortir ou de soins dispensés en établissement de santé. La personne en aménagement de peine en dispose librement. Pour rappel, la carte Vitale doit être mise à jour par la personne écrouée, en pharmacie ou en CPAM, à compter de la réception de l'attestation de droits.

Plusieurs situations se présentent lors de la mise sous écrou :

- **La personne dispose d'un numéro de sécurité sociale :**

La personne écrouée ayant un numéro de sécurité sociale (NIR) mais ne disposant plus de sa carte Vitale peut en faire la demande auprès du CNPE si la durée de mise sous écrou est supérieure à 1 mois, afin de permettre sa fabrication. Elle doit pour cela compléter la « déclaration sur l'honneur de perte/vol/dysfonctionnement de la carte Vitale », sans besoin de pièce justificative complémentaire.

- **La personne ne dispose pas de numéro de sécurité sociale :**

La personne ne disposant pas d'un numéro de sécurité sociale (NIR) se voit attribuer par le CNPE un numéro provisoire au moment de son rattachement au régime général.

Pour obtenir une carte Vitale, elle doit préalablement obtenir un NIR et pour cela fournir au CNPE les documents suivants :

- pour les ressortissants de l'Union Européenne disposant de la nationalité d'un Etat membre de l'Union Européenne : une pièce d'état civil (extrait d'acte de naissance comportant la filiation, qui n'est pas à traduire), ainsi que le formulaire européen de rattachement à un organisme de protection sociale ou, à défaut de ce formulaire, une pièce d'identité ;

5. Service administratif national d'immatriculation des assurés de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

- pour les ressortissants d'un Etat tiers à l'Union Européenne : un titre ou document de séjour attestant de l'identité et de la régularité du séjour de la personne, ainsi qu'une pièce d'état civil (dans la mesure du possible plurilingue ou traduite par un traducteur assermenté).

Une fois le NIR attribué, un courrier sera adressé à la personne (à l'adresse de l'établissement pénitentiaire) lui demandant d'envoyer sa photo et une photocopie de sa pièce d'identité pour fabrication de la carte Vitale.

Si les documents permettant l'obtention du NIR ne peuvent être produits par la personne, celle-ci conserve son numéro provisoire pendant toute la durée de sa mise sous écrou. L'absence de numéro de sécurité sociale (NIR) ne bloque pas la prise en charge par le régime général, elle empêche seulement la délivrance d'une carte Vitale.

2-C. CHANGEMENTS DE SITUATION À SIGNALER AU CNPE

Le CNPE doit être informé dans les 5 jours ouvrés de la survenance des événements suivants par les services de l'administration pénitentiaire :

- **Levée d'écrou** pour libération, suspension de peine ou libération conditionnelle (cf. glossaire) : le CNPE met fin au rattachement au régime général au titre de la mise sous écrou (cf. fiche 4 « Protection sociale de la personne écrouée à sa libération »)
- **Aménagement de peine** (placement à l'extérieur, semi-liberté, ou placement sous surveillance électronique - cf. glossaire) : la personne reste sous écrou mais peut, selon les cas :
 - être hébergée à son domicile, dans un autre établissement pénitentiaire ou dans une autre structure (ex : en centre d'hébergement et de réinsertion sociale) : le CNPE modifie sa résidence, qui peut entraîner si nécessaire un transfert de gestion à l'autre pôle du CNPE ;
 - exercer une activité professionnelle ou suivre un enseignement ou une formation professionnelle : le CNPE met fin au rattachement au régime général au titre de la mise sous écrou et rattache la personne au régime de son activité.
- **Changement de lieu d'écrou** : lorsque la personne est transférée dans un autre établissement, placée en Centre National d'Évaluation (CNE) ou hospitalisée, le pôle du CNPE de l'établissement pénitentiaire d'origine reste compétent pendant 40 jours ouvrés. À compter du 41^{ème} jour, le pôle CNPE compétent est celui en charge de la zone du nouvel établissement pénitentiaire ou hospitalier. Ainsi, les transferts ou hospitalisations ne doivent pas être signalés par les établissements pénitentiaires avant expiration du délai de 40 jours ouvrés.

2-D. POUR TOUT RENSEIGNEMENT OU REMONTÉE CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE :

Plusieurs modes de contact sont à disposition des personnes écrouées ou de leur famille, des établissements de santé et pénitentiaires pour obtenir des informations sur la prise en charge ou remonter d'éventuelles difficultés sur la gestion des droits :

Pour les personnes et établissements :

- Un numéro de téléphone non surtaxé (prix d'un appel local) : 09 74 75 75 50, du lundi au vendredi 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00

Pour les établissements pénitentiaires :

- Une boîte mail dédiée pour le CNPE Sud : cnpe46.cpam-cahors@assurance-maladie.fr
- Une boîte mail dédiée pour le CNPE Nord : cnpeoise@assurance-maladie.fr

Les établissements pénitentiaires doivent mettre en copie de leur mail au CNPE la boîte structurelle de la DAP : cnpe.dap@justice.gouv.fr.

Pour les établissements de santé :

- Une boîte mail dédiée pour le CNPE Sud : cnpe46.cpam-cahors@assurance-maladie.fr
- Une boîte mail dédiée pour le CNPE Nord : echange.ch.cnpeoise@assurance-maladie.fr

IMPORTANT

En cas d'urgence sur une prise en charge individuelle, les établissements doivent privilégier le recours au téléphone, et si nécessaire adresser un mail d'alerte sur les boîtes mails dédiées des pôles du CNPE en indiquant « URGENT » en début d'objet du mail.

3 - QUEL EST LE CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE ?

3-A. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ

Le régime général prend en charge les frais de santé des personnes écrouées à compter de la date d'écrou⁶ : il s'agit par exemple du remboursement des consultations, médicaments, examens de biologie, frais d'hospitalisation, frais de transport...

Ces dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale, en tiers payant intégral. Cela signifie que les personnes écrouées n'ont pas à avancer d'argent pour leurs soins. Il suffit aux personnes en aménagement de peine de produire leur carte Vitale mise à jour ou leur attestation de droits, qui porte le libellé suivant : « TIERS PAYANT INTÉGRAL SANS DÉPASSEMENT SUR LES HONORAIRES, PRISE EN CHARGE A 100 % PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL »

Les personnes incarcérées, quant à elles, n'ont pas d'attestation à produire, leur numéro de sécurité sociale étant transmis à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire par le greffe de l'établissement pénitentiaire. En cas d'hospitalisation, l'établissement doit consulter les droits de la personne dans l'outil CDR, via le numéro de sécurité sociale (NIR) ou les nom et prénom.

IMPORTANT

Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'administration pénitentiaire n'est plus redevable de la part complémentaire des dépenses de santé des personnes écrouées, qui est désormais prise en charge par le régime général⁷. **L'assurance maladie prend donc à sa charge l'ensemble des frais tout au long de la mise sous écrou** (cf. cahier 7-2 « Modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes écrouées »).

6. Article L. 381-30-1 du Code de la Sécurité Sociale
7. Article 55 de la loi de finances pour 2018

Les médecins consultés, quel que soit leur secteur conventionnel, ne peuvent pratiquer de dépassement d'honoraires à l'encontre des personnes écrouées⁸. Par exemple : un médecin généraliste appliquant 7 € de dépassement en sus du tarif conventionnel de 25 € pour une consultation, facturera à l'assurance maladie un tarif de 25 € au lieu de 32 € facturés habituellement aux patients non écroués (hors bénéficiaires de la CMU-C qui ne peuvent également se voir appliquer de dépassement d'honoraires).

Les personnes en aménagement de peine doivent faire le choix d'un médecin traitant selon les règles de droit commun⁹, afin de s'insérer dans le parcours de soins coordonné et bénéficier ainsi d'une meilleure prise en charge. Les personnes qui en sont dépourvues sont ainsi intégrées dans les campagnes de l'assurance maladie menées auprès des assurés afin de les inciter à déclarer un médecin traitant (à condition d'avoir déclaré un numéro de téléphone ou email). La déclaration s'effectue avec le praticien choisi.

Les personnes incarcérées, n'ayant pas le choix de leur médecin, ne sont de ce fait pas soumises au parcours de soins coordonné pendant la période de l'incarcération.

3-B. PERSONNES RECONNUES ATTEINTES D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Lorsque le patient est reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrite sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité de Santé¹⁰, les actes et prestations en rapport avec cette pathologie sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie à ce titre, sur la base du protocole de soins établi par le médecin traitant de l'intéressé avant sa détention ou par un médecin de l'unité de soins pendant sa détention et sous réserve que la personne se soumette aux éventuels contrôles du service du contrôle médical¹¹.

Les règles inhérentes à la reconnaissance des affections de longue durée demeurent applicables pendant la durée de la détention.

Affection de longue durée reconnue avant l'incarcération

Lorsque la personne a été reconnue atteinte d'une ou plusieurs affections de longue durée avant d'être incarcérée, l'information est reprise de manière automatique lors du transfert du dossier au CNPE compétent. De même, le protocole de soins est transféré au service du contrôle médical du CNPE, sauf opposition de la part de l'assuré.

Afin d'avoir communication du protocole de soins de l'intéressé, le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire doit se mettre en rapport, après accord écrit du patient, avec le médecin désigné par celui-ci (prioritairement son médecin traitant ou le médecin-conseil du CNPE).

Affection de longue durée reconnue pendant l'incarcération

Le médecin de l'unité de soins établit un protocole de soins sur le formulaire ad hoc et l'adresse au service du contrôle médical du CNPE afin que le médecin-conseil se prononce :

8. Article L. 162-5-13 I bis du Code de la Sécurité Sociale

9. Article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale

10. Articles L. 160-14 3°, R. 160-12 et D. 160-4, L. 160-14 4° du Code de la Sécurité Sociale et décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011

11. Article L. 324-1 du Code de la Sécurité Sociale

M. le Médecin chef de l'échelon local du service médical
CPAM de l'Oise
1 rue de Savoie
BP 30 326
60013 BEAUVAIS cedex

M. le Médecin chef de l'Échelon local du service médical
CPAM du Lot
238 Rue Hautesserre
46015 CAHORS cedex 9

L'avis du médecin-conseil est transmis au médecin de l'unité de soins qui en informe le bénéficiaire.

IMPORTANT

Ce protocole de soins, établi au sein de l'unité de soins, a la même durée de validité que celle de droit commun.

3-C. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ EN CAS DE MATERNITÉ ET DES FRAIS DE SANTÉ DE L'ENFANT

En cas de maternité pendant la détention, les frais de santé de la parturiente restent couverts à 100 % en tiers payant intégral au titre de la prise en charge dont bénéficient les personnes écrouées.

La déclaration de grossesse, établie conjointement par le médecin de l'unité sanitaire ou celui de l'établissement de santé de rattachement et l'assurée, doit être adressée au CNPE et à la caisse d'allocations familiales du département. La parturiente recevra le guide pratique « Ma maternité », le calendrier personnalisé des examens médicaux, ainsi qu'une invitation à effectuer un dépistage bucco-dentaire. Elle sera accompagnée dans sa grossesse par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire et l'établissement de santé de rattachement.

Les frais de santé de l'enfant, au-delà des 12 premiers jours, seront également pris en charge à 100 %. Pour cela, l'acte de naissance doit être transmis au CNPE.

Si à la naissance ou au terme des 18/24 mois passés avec sa mère, l'enfant est confié à :

- son père ou un autre membre de la famille : la personne qui se voit attribuer la garde de l'enfant doit réaliser les démarches auprès de la CPAM de son lieu de résidence, qui enregistra l'enfant comme son ayant droit ;
- l'aide sociale à l'enfance (ASE) : le conseil départemental se charge des démarches auprès de la caisse locale.

3-D. PERSONNES TITULAIRES D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ AVANT LEUR INCARCÉRATION

Les personnes détenues, **titulaires d'une pension d'invalidité** avant leur détention, **en conservent le bénéfice pendant leur incarcération**¹². La pension d'invalidité continue d'être versée par la caisse initiale.

De même, si le titulaire d'une pension d'invalidité percevait l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI) avant sa détention, il continue de la percevoir aussi longtemps qu'il en remplit les conditions d'attribution¹³.

Si le bénéficiaire vient à remplir les conditions en cours de mise sous écrou, il peut bénéficier de l'ASI.

3-E. DROIT AUX INDEMNITÉS JOURNALIÈRES¹⁴

Les indemnités journalières sont destinées à compenser la perte de salaire due à un arrêt de travail.

Les personnes écrouées bénéficiant d'un aménagement de peine, et exerçant dans ce cadre une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres et suffisante pour leur ouvrir des droits à ce titre, peuvent percevoir des indemnités journalières en cas d'arrêt, qui sont alors intégralement versées sur leur pécule disponible.

Les personnes détenues exécutant un travail pénitentiaire ne peuvent quant à elles bénéficier d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. De même, une incapacité constatée au cours de la détention ne peut donner lieu au paiement des indemnités journalières pendant l'incarcération.

Si la personne percevait des indemnités journalières avant sa mise sous écrou, leur versement est interrompu à la date d'écrou.

3-F. DROIT À L'ASSURANCE DÉCÈS DU RÉGIME GÉNÉRAL

Le décès des personnes écrouées peut, sous réserve des conditions de droit commun, donner lieu au versement du **capital décès**¹⁵ à certains membres de la famille.

12. Article L. 381-30-1 3e alinéa du Code de la Sécurité Sociale

13. Articles L. 815-11 et R. 815-42 du Code de la Sécurité Sociale

14. Article L. 161-13-1 du Code de la Sécurité Sociale

15. Articles L. 381-30-1 3e alinéa, L. 361-1 à L. 361-4 et R. 361-2 à R. 361-5 du Code de la Sécurité Sociale

FICHE 2

LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

La personne écrouée, qu'elle soit incarcérée ou en aménagement de peine, **peut avoir une protection complémentaire pendant sa mise sous écrou afin de couvrir les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie** (frais allant au-delà des tarifs de la sécurité sociale), notamment les frais d'optique et de prothèses dentaires.

En cas de faibles ressources, cette complémentaire peut être gratuite (CMU-C) ou son financement peut être partiellement pris en charge (ACS) (voir ci-après).

Toutefois, une personne écrouée étrangère en situation irrégulière ne peut bénéficier de cette couverture complémentaire, en application des règles de droit commun. Le cas échéant, ces dépenses peuvent être prises en charge par l'établissement pénitentiaire au titre de l'aide en nature pour les personnes sans ressources suffisantes¹⁶.

1 - LA CMU-C¹⁷ : PROTECTION COMPLÉMENTAIRE GRATUITE EN MATIÈRE DE SANTÉ

1-A. QUELS SONT LES FRAIS PRIS EN CHARGE ?

Dans le cas des personnes écrouées, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) prend en charge les frais allant au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier étant déjà pris en charge par l'assurance maladie) pour des lunettes, prothèses dentaires, orthodontie, dispositifs médicaux à usage individuel dont les audioprothèses, dans des limites fixées par arrêtés¹⁸.

Ces dépenses sont prises en charge sans avance de frais de la part de la personne écrouée.

La CMU-C est gratuite. Il n'y a pas de cotisation à régler.

16. Circulaire du 17 mai 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention
17. Articles L. 861-1 à L. 861-10 et R. 861-1 à R. 861-18 du Code de la Sécurité Sociale
18. Arrêtés des 31 décembre 1999 et 30 mai 2006 modifiés et 21 mai 2014

La prise en charge par la CMU-C débute au premier jour du mois suivant la date de la décision d'attribution, pour un an. Toutefois, lorsque l'état de santé de la personne écrouée le justifie, cette prise en charge peut être anticipée au premier jour du mois de la demande. Pour une personne écrouée, elle couvrirait ainsi le recours en urgence à des soins prothétiques dentaires, étant donné que les autres soins d'urgence sont entièrement pris en charge par l'assurance maladie comme défini ci-avant (ex : frais d'hospitalisation, soins dentaires conservateurs).

2-B. COMMENT EFFECTUER LA DEMANDE ?

La CMU-C est attribuée aux personnes justifiant de leur identité, de leur situation régulière au regard du droit au séjour en France, de leur résidence stable en France (supérieure à 3 mois consécutifs), **et de ressources inférieures à un certain seuil**, en fonction de la composition du foyer (par exemple : en 2018, une personne seule doit avoir des revenus annuels inférieurs à 8810 € pour bénéficier de la CMU-C, soit moins de 734,17 € par mois). Ne peuvent donc en bénéficier les personnes sous alias et celles en situation irrégulière.

La personne doit en faire la demande via le formulaire « Demande de couverture maladie universelle complémentaire ou d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » en y joignant les justificatifs demandés :

- un justificatif de la résidence en France depuis plus de 3 mois, sauf si la demande est faite alors que la mise sous écrou date de plus de 3 mois ;
- un avis d'imposition (ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu). En cas d'impossibilité de produire ces documents, une attestation sur l'honneur des ressources perçues les 12 derniers mois devra être fournie.
- pour les ressortissants étrangers d'États tiers à l'Union européenne, un titre de séjour en cours de validité¹⁹ (si celui-ci a déjà été produit à l'occasion d'une ouverture de droits maladie et n'a pas expiré, il n'est alors pas nécessaire de le fournir de nouveau).

La personne écrouée choisit l'organisme qui gèrera sa CMU-C (voir formulaire) : le CNPE ou un organisme de protection sociale complémentaire participant au dispositif (liste disponible sur le site cmu.fr²⁰). **Quel que soit le choix effectué, les garanties offertes sont les mêmes.** Toutefois, en cas de refus de la demande de renouvellement de CMU-C, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un « contrat de sortie », qui offre des garanties similaires à celles de la CMU-C à un tarif réglementé.

Le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation) organise la réalisation des démarches. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur un travailleur social intervenant en détention (assistant de service social du SPIP, assistant de service social de l'USMP, association intervenant en détention, centre communal d'action sociale, caisse d'assurance maladie locale dans le cadre d'une permanence, etc.).

Pour les personnes incarcérées dont le conjoint n'est pas incarcéré, il est préférable que celui-ci constitue le dossier pour le foyer et dépose la demande à la caisse du lieu de sa résidence, afin de faciliter la récupération des pièces justificatives.

Si la demande de CMU-C fait l'objet d'un accord, l'attestation de droits est adressée au greffe de l'établissement pénitentiaire ou à l'adresse de la personne en aménagement de peine.

19. Les demandes de délivrance et de renouvellement de titre de séjour se font sur la base de la circulaire interministérielle du 25 mars 2013 relative aux premières délivrances et renouvellement des titres de séjours aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté.

20. <http://www.cmu.fr/liste-organismes-complementaires.php>

Afin d'éviter une rupture dans le bénéfice de la CMU-C, qui est accordée pour un an, un courrier est adressé à la personne écrouée deux mois avant l'expiration de son droit, l'informant qu'il lui appartient de renouveler sa demande.

2. AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)²¹

2-A. QU'EST-CE QUE L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS) ?

L'aide au paiement d'une complémentaire santé concerne les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond fixé pour l'attribution de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 35 %.

Elle donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer son contrat de complémentaire santé. Cette aide est utilisable sur l'un des contrats de complémentaire santé spécialement sélectionnés pour leur bon rapport qualité-prix, dont la liste est consultable sur le site info-accs.fr²².

Dans le cas des personnes écrouées, l'ACS prend en charge les frais allant au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, notamment pour les lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses, le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier étant déjà pris en charge par l'assurance maladie. La prise en charge dépend du niveau de garanties choisi, allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète (cf. détails sur les différents niveaux de prise en charge sur le site info-accs.fr²³).

Le montant de l'aide au paiement d'une complémentaire santé varie selon l'âge du bénéficiaire, apprécié au 1^{er} janvier de l'année en cours au moment de la demande, et est accordé par individu composant le foyer.

Âge du bénéficiaire au 1 ^{er} janvier	Montant de l'aide
moins de 16 ans	100 €
de 16 à 49 ans	200 €
de 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	550 €

21. Articles L. 863-1 à L. 863-7-1 et R. 863-1 à R. 863-16 du Code de la Sécurité Sociale

22. http://www.info-accs.fr/acs_a_quelles_prestations_ai_je_droit.php

23. <http://www.info-accs.fr/comparateur.php>

2-B. COMMENT EFFECTUER LA DEMANDE ?

Il s'agit du même formulaire que celui permettant de solliciter la CMU complémentaire, les démarches sont identiques à celles énoncées ci-avant (cf. paragraphe A.b).

Si la demande aboutit à l'accord d'un droit ACS, le CNPE adresse une attestation de droits ACS comportant le **chèque à faire valoir dans les 6 mois auprès d'une complémentaire santé sélectionnée** (dont la liste est consultable sur le site info-ac.s.fr).

FICHE 3

LA COUVERTURE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE²⁴ (AT-MP)

1. RECONNAISSANCE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE AVANT LA MISE SOUS ÉCROU

Les personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé (remboursement des soins : consultations, médicaments, examens de biologie...) **au titre de l'assurance AT-MP continuent d'en bénéficier pendant leur mise sous écrou**, jusqu'à la date de guérison ou de consolidation, ainsi qu'en cas de rechute, sous réserve de respecter les obligations auxquelles les victimes sont soumises²⁵.

De même, le service d'une rente d'incapacité permanente allouée avant le placement sous écrou de l'intéressé se poursuit pendant la mise sous écrou.

2. ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE SURVENANT PENDANT LA MISE SOUS ÉCROU

Les personnes détenues exécutant un travail pénitentiaire bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au titre de l'assurance AT-MP pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de ce travail²⁶, à l'instar des condamnés exécutant un travail d'intérêt général ou des personnes effectuant un travail non rémunéré dans le cadre d'une composition pénale.

Ces dispositions sont également applicables aux **accidents survenus au cours des déplacements** accomplis par la personne détenue conformément aux règlements pénitentiaires, pour se rendre sur son lieu de travail²⁷.

24. Articles L. 431-1 du Code de la Sécurité Sociale

25. Articles L. 412-8 5° et L. 442-5 du Code de la Sécurité Sociale

26. Article L. 412-8 5° du Code de la Sécurité Sociale

27. Article D. 412-37 du Code de la Sécurité Sociale

Le médecin de l'unité de soins établit le certificat médical initial, nécessaire à la déclaration d'accident du travail, dans les conditions de droit commun. La déclaration est adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire, par l'administration pénitentiaire.

Une rente d'incapacité permanente peut être allouée. Le cas échéant, les arrérages de cette rente sont versés par la caisse primaire précitée à l'établissement pénitentiaire, qui la reverse ensuite au détenu sur son compte nominatif²⁸.

3. DROIT AUX INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les indemnités journalières ne sont pas dues pendant la détention, qu'elles soient en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle antérieure à la mise sous écrou ou pendant.

Par ailleurs, les ayants droit d'une personne détenue victime d'un accident mortel, ont la possibilité de demander à la caisse que leur soit attribuée une allocation provisionnelle dans les conditions prévues par l'article R.434-18 du code de la sécurité sociale.

Les personnes écrouées bénéficiant d'un aménagement de peine, et exerçant dans ce cadre une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, peuvent quant à elles percevoir des indemnités journalières qui sont alors intégralement versées sur leur pécule disponible²⁹.

28. Article D. 412-66 du Code de la Sécurité Sociale

29. Article D. 412-61 du Code de la Sécurité Sociale

FICHE 4

LA PROTECTION SOCIALE DE LA PERSONNE ÉCROUÉE À SA LIBÉRATION

1. LES STRUCTURES D'ACCOMPAGNEMENT VERS LA SORTIE (SAS)

Les structures d'accompagnement vers la sortie (SAS) sont de nouvelles structures pénitentiaires intermédiaires entre milieu ouvert et milieu fermé, qui accueillent des personnes détenues dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de mieux préparer leur sortie et ainsi favoriser leur insertion sociale et professionnelle. La première SAS a ouvert à Marseille en juin 2018, et de nouvelles ouvertures sont prévues d'ici 2022 pour accueillir 2 000 personnes.

Sont créées au sein des SAS des plateformes de préparation à la sortie, qui regroupent l'ensemble des acteurs concernés (caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales, service intégré d'accueil et d'orientation, Pôle Emploi, missions locales, préfetures, centre communal d'action sociale, associations...) selon différentes modalités (séances d'informations collectives, forum de préparation à la sortie, permanences, etc.).

2. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ À LA LIBÉRATION

2-A. POUR LES PERSONNES EN SITUATION RÉGULIÈRE

À leur libération, les personnes restent rattachées au régime général, sauf si elles exercent une activité, auquel cas elles sont rattachées au régime dont elles relèvent à ce titre³⁰.

Le CNPE doit être informé de la levée d'écrou, et de la nouvelle adresse et activité de la personne quand elles sont connues de l'administration pénitentiaire, dans la mesure du possible avant la date de libération et au plus tard 5 jours après.

30. Article D. 160-14 8° et 1° du Code de la Sécurité Sociale

La personne libérée doit se rendre avec son bulletin de sortie à la CPAM de son nouveau lieu de résidence, qui se mettra en relation avec le CNPE. Une nouvelle attestation de droits lui sera remise ou il pourra mettre à jour sa carte Vitale.

La personne écrouée mineure peut retrouver, à sa libération, sa qualité d'ayant droit. Si elle a atteint l'âge de 16 ans, elle peut demander à bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel³¹ et recevoir ainsi sa propre carte Vitale. Elle doit en faire la demande au CNPE avant ou après sa libération à la CPAM de son nouveau lieu de résidence.

Si elle vient à relever de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse, il appartient au service qui la prend en charge d'examiner avec la caisse compétente le mode de prise en charge le plus adapté au regard de sa situation et en lien avec les éventuels détenteurs de l'autorité parentale. Ainsi, le mineur peut relever de la CMU complémentaire à titre individuel si les difficultés de relations avec la famille ne permettent pas de le rattacher à la protection sociale de celle-ci.

Concernant le bénéfice de la CMU-C ou ACS (voir Fiche 2)

Si la personne bénéficiait lors de sa mise sous écrou de la CMU-C ou de l'ACS, la prise en charge perdure jusqu'à l'échéance des 12 mois. La personne devra cependant entamer les démarches de renouvellement 2 mois avant l'expiration auprès de la CPAM de son nouveau lieu de résidence. Le bénéficiaire de la CMU-C continue de bénéficier d'une interdiction de dépassement d'honoraire. En cas d'ACS, ces dépassements sont limités.

Si la personne n'en bénéficiait pas, elle doit en faire la demande auprès la CPAM de son nouveau lieu de résidence. Le bulletin de sortie, qui comporte à la fois la date d'écrou et la date de libération, **fait office de justificatif de résidence** sur le territoire en cas de durée d'écrou supérieure à 3 mois. **Le dossier sera instruit prioritairement dès lors qu'il contiendra un certificat médical** établi par le médecin de l'unité de soins attestant la nécessité d'une prise en charge rapide en raison de l'état de santé de la personne. La prise en charge pourra alors prendre effet rétroactivement au premier jour du mois de la demande.

2-B. POUR LES PERSONNES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Les personnes de nationalité étrangère qui ne satisfont pas aux conditions de régularité au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France peuvent bénéficier à leur libération **de l'aide médicale de l'État (AME)**, s'ils sont présents depuis plus de 3 mois sur le territoire et ont des ressources inférieures aux plafonds fixés (par exemple : en 2018, une personne seule doit avoir des revenus annuels inférieurs à 8810 € pour bénéficier de l'AME, soit moins de 734,17 € par mois).

L'AME permet la prise en charge à 100 % des frais de santé, sans que le bénéficiaire n'ait à avancer d'argent. Seuls les médicaments au service médical rendu faible (taux de remboursement à 15 %, signalé par une vignette orange), les cures thermales et les actes et examens nécessaires à la procréation médicalement assistée ne sont pas remboursés. Les dépassements d'honoraires sont également à la charge de la personne.

La personne effectue la demande d'AME via le formulaire de « demande d'aide médicale de l'État », auprès du CNPE avant la libération (l'AME ne débutera qu'à compter de la libération) ou auprès de la CPAM de son nouveau lieu de résidence une fois libérée. **Le bulletin de sortie,** qui comporte à la fois la date d'écrou et la date

31. Article L. 160-2 du Code de la Sécurité Sociale

de libération, **fait office de justificatif de résidence** sur le territoire en cas de durée d'écrou supérieure à 3 mois. **Le dossier sera instruit prioritairement dès lors qu'il contiendra un certificat médical** établi par le médecin de l'unité de soins attestant la nécessité d'une prise en charge rapide en raison de l'état de santé de la personne.

Une fois la demande acceptée, la prise en charge débute à la date de la demande. Elle peut débiter rétroactivement à la date des soins si la demande a été effectuée dans un délai de 30 jours suivant leur délivrance, avec les justificatifs des soins reçus.

Le mineur dont les parents sont en situation irrégulière peut bénéficier de l'AME dès sa sortie de prison et ce sans condition d'une stabilité de résidence de trois mois, même si ses parents n'y sont pas éligibles (ne remplissent pas les conditions de stabilité de résidence et/ou de ressources par exemple). Il doit en faire la demande d'AME auprès du CNPE avant la libération (l'AME ne débutera qu'à compter de la libération) ou auprès de la CPAM de son nouveau lieu de résidence une fois libéré. Cette prise en charge est également possible pour le mineur isolé qui ne relèverait pas de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse.

2-C. POUR LES PERSONNES SANS DOMICILE À LEUR LIBÉRATION

Les personnes sans domicile stable à leur libération doivent élire domicile soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit auprès d'un organisme agréé à cet effet pour pouvoir bénéficier de prestations sociales telles que la CMU-C, l'AME, le RSA..., ouvrir un compte en banque, demander une pièce d'identité, etc.³² (plus d'informations sur la domiciliation sur le site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé³³).

La loi 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales prévoit, en son article 31, que pour faciliter leurs démarches de préparation à la sortie, les personnes peuvent également élire domicile auprès de l'un des organismes précités, le plus proche du lieu où elles recherchent une activité en vue de leur insertion ou réinsertion ou le plus proche du lieu d'implantation d'un établissement de santé ou médico-social susceptible de les accueillir.

Une fois la démarche d'élection de domicile effectuée, la personne devra transmettre son attestation d'élection de domicile à la CPAM dans le ressort de laquelle est situé le CCAS ou l'organisme agréé, qui deviendra sa caisse gestionnaire.

2-D. POUR LES PERSONNES RECONNUES ATTEINTES D'UNE ALD

Lorsque la date de sortie du patient détenu est connue, le médecin de l'unité de soins lui remet les pièces du dossier médical nécessaires à la continuité des soins ainsi que les documents afférents au protocole ALD dont les photocopies seront incluses dans son dossier médical. Il sera indiqué au patient de prendre très rapidement contact avec son médecin traitant habituel auquel il remettra ces informations et en cas d'absence de médecin traitant connu, d'en choisir un, dès sa sortie.

32. Articles L. 264-1 à 10, D264-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles

33. <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/droits-et-aides/article/domiciliation-des-personnes-sans-domicile-stable-417653>

En cas de remise en liberté non programmée, les documents médicaux seront adressés par courrier au patient, sur sa demande, et/ou s'il le souhaite à son médecin traitant.

3. MAINTIEN DE DROIT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES

Les prestations en espèces sont destinées à compenser la perte de salaire due à un arrêt de travail. Pour bénéficier de ces prestations l'assuré doit justifier d'un montant minimum de cotisations ou d'heures travaillées.

La personne écrouée qui exerçait une activité avant sa mise sous écrou, lui ayant permis de s'ouvrir des droits aux prestations en espèces, bénéficie d'un maintien de droit à ces prestations pendant 12 mois à compter de l'arrêt de son activité. Elle ne peut en bénéficier en détention, mais retrouve ce droit à la libération, même si elle n'exerce pas de nouveau. Comme le délai de 12 mois de maintien de droit court pendant la mise sous écrou, si celle-ci est supérieure à 1 an, le droit aux prestations en espèces aura expiré à la libération. Cependant, si la personne a été détenue moins de 12 mois, elle retrouve le reliquat du droit aux prestations en espèces à sa libération. Dès lors, si la personne tombe malade, le médecin peut prescrire un arrêt de travail quand bien même elle n'exerce pas d'activité. Elle doit alors l'adresser à sa caisse de résidence, et sera alors indemnisée.

Si le droit aux prestations en espèces a expiré à la libération ou si la personne n'avait pas eu une activité suffisante avant sa détention pour bénéficier des prestations en espèces, elle doit reprendre une activité salariée pour se créer de nouveaux droits.

Exemple : M. X exerçait en tant qu'ouvrier agricole et a pu ainsi s'ouvrir des droits aux prestations en espèces avant sa mise sous écrou, qui a duré 4 mois. À sa libération, il bénéficie d'un maintien de droit aux prestations en espèces de 8 mois. S'il tombe malade pendant ce laps de temps, en cas de prescription d'un arrêt de travail par son médecin, il devra l'adresser à la MSA, caisse dont il relevait avant sa mise sous écrou.

Le dispositif de maintien de droit est également applicable aux personnes bénéficiant d'une suspension de peine ou d'une libération conditionnelle.

4. COUVERTURE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE À LA LIBÉRATION

Lorsque la victime d'un accident du travail ou une maladie professionnelle est libérée avant sa guérison ou sa consolidation, elle a droit à l'indemnité journalière à compter du jour de sa libération conditionnelle ou définitive. Néanmoins, l'indemnité journalière sera suspendue si la victime est écrouée à nouveau³⁴.

La charge des prestations et indemnités afférentes à la période d'incapacité temporaire postérieure à la libération d'une personne écrouée, lorsque celle-ci intervient au cours d'une rechute, incombe à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire où la victime est ou était en dernier lieu détenue et ce, quel que soit le lieu effectif du travail ayant occasionné l'accident. Ces prestations sont servies à la victime, pour le compte de la caisse primaire qui en a la charge,

34. Article D. 412-62 du Code de la Sécurité Sociale

par la caisse primaire dont relève la victime ou par la caisse primaire de la circonscription dans laquelle sont donnés les soins³⁵.

En cas d'allocation d'une rente d'incapacité permanente, les arrérages de cette rente sont versés par la caisse du lieu de résidence de la personne à compter de sa libération.

35. Article D. 412-38 du Code de la Sécurité Sociale

CAHIER 2

MODALITÉS FINANCIÈRES DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES ÉCROUÉES

P. 421 > 435

FICHE 1

CADRE FINANCIER : RÉFORME 2018 DU FINANCEMENT DES SOINS DES PERSONNES ÉCROUÉES

1 - CADRE BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE HOSPITALIER

Les dépenses et les recettes afférentes aux soins dispensés aux personnes écrouées, en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier, sont retracées dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), au sein du compte de résultat principal de l'établissement de santé de rattachement.

À la clôture de chaque exercice, un état retraçant les dépenses et les recettes afférentes à ces soins est établi par l'établissement de santé.

2 - RÉFORME DU FINANCEMENT DES SOINS DES PERSONNES ÉCROUÉES AU 1^{ER} JANVIER 2018

Avant la réforme introduite par l'article 55 de la loi de finances pour 2018, les soins des personnes écrouées étaient pris en charge, tout au long de leur mise sous écrou :

- par le régime général d'assurance maladie pour la part obligatoire des soins ;
- par l'État (programme 107 « Administration pénitentiaire ») pour la part complémentaire des soins (ticket modérateur et forfait journalier hospitalier), sauf lorsque l'assuré bénéficiait par ailleurs d'un régime d'exonération (affection de longue durée, maternité, etc.).

Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, ce schéma conduisait les établissements pénitentiaires à s'acquitter des factures émises par les établissements de santé au titre de la part complémentaire des soins. Les personnes en aménagement de peine devaient en outre avancer les frais avant d'être remboursées par l'assurance maladie et l'administration pénitentiaire.

Ce circuit a été modifié au 1^{er} janvier 2016 pour permettre aux personnes écrouées de bénéficier d'un tiers payant intégral sur leurs frais de santé. Pour ce faire, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) assuraient l'avance de l'ensemble des frais, tant pour la part obligatoire que complémentaire des soins. La direction de l'administration pénitentiaire remboursait ensuite la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) des sommes qui lui incombait dans le cadre d'une facturation annuelle nationale, évitant ainsi aux établissements pénitentiaires d'avoir à traiter les factures.

Cependant, ces nouvelles modalités de prise en charge ont nécessité l'instauration de circuits complexes de facturation pour les établissements de santé et les caisses d'assurance maladie, et de reversement entre l'Assurance maladie et l'État.

C'est pourquoi l'article 55 de la loi de finances pour 2018 a simplifié le financement des soins des personnes écrouées en mettant l'ensemble des dépenses à la charge de l'assurance maladie. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2018, le régime général prend en charge à la fois les parts obligatoire et complémentaire des soins, mettant ainsi fin au circuit de reversement entre la CNAM et la direction de l'administration pénitentiaire.

Cette réforme a également permis la simplification des circuits de facturation des soins des personnes écrouées, dont les nouvelles modalités sont définies par la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées, et reprises ci-après.

3. RAPPEL DES MODALITÉS DE DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS DES PERSONNES ÉCROUÉES

Le tiers payant intégral dont bénéficient les patients écroués repose sur l'application d'un régime exonérant spécifique, figurant sur la carte Vitale, l'attestation de droit et l'outil de consultation des droits réels (CDR) selon les modalités suivantes.

Sur l'attestation de droits ainsi que l'outil CDR, le libellé suivant est affiché : « TIERS PAYANT INTÉGRAL SANS DÉPASSEMENT SUR LES HONORAIRES, PRISE EN CHARGE A 100 % PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL ».

La carte Vitale contient quant à elle les informations suivantes, à condition d'avoir été mise à jour après la mise sous écrou :

- Le code exonération ETM=01 (également utilisé pour les pensionnés militaires) ;
- Un code gestion renseigné à la valeur « 65 ».

Remarque : les exonérations au titre d'une ALD ou d'une maternité par exemple ne sont donc plus visibles.

FICHE 2

MODALITÉS DE FINANCEMENT ET DE FACTURATION DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET EN UNITÉ SANITAIRE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2018

Les personnes incarcérées n'ont pas d'attestation de droits à produire. Leur numéro de sécurité sociale est transmis à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire par le greffe de l'établissement pénitentiaire. En cas d'hospitalisation, l'établissement doit consulter les droits de la personne dans l'outil CDR, via le numéro de sécurité sociale (NIR) ou les nom et prénom (cf. Cahier 1 Protection sociale).

1 - DÉPENSES DE SOINS MCO (MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE)

1-A. MODALITÉS DE FINANCEMENT

Les soins en médecine, chirurgie et obstétrique des personnes écrouées, délivrés par les établissements de santé, en hospitalisation et en ambulatoire, sont financés par :

- les recettes issues de la tarification à l'activité (selon les conditions de droit commun)¹, avec une prise en charge intégrale par l'assurance maladie telle que définie dans la Fiche 1 ;
- les crédits alloués aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général (MIG) relatives à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (trois dotations : MIG USMP, MIG UHSI et MIG chambres sécurisées) qui ont vocation à financer les surcoûts liés aux spécificités du milieu carcéral (pour plus de détails sur le calibrage de ces dotations : Cf. [Fiches MIG T02, T03 et T04](#)).

Les soins de ville des personnes écrouées sont pris en charge par l'assurance maladie, tel que défini dans la Fiche 1.

1. À l'exception de l'établissement public de santé national de Fresnes, financé par une dotation annuelle de financement (articles L.6141-5 du Code de la Santé Publique et L.162-22-16 du Code de la Sécurité Sociale)

1-B. FACTURATION DES SÉJOURS ET DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

Les modalités de facturation des soins somatiques dispensés en établissement hospitalier et en unité sanitaire en milieu pénitentiaire sont définies par la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées.

Le circuit mis en place au 1^{er} janvier 2016 perdure.

Ainsi, s'agissant des établissements publics et privés à but non lucratif de l'échelle « ex-DG » n'ayant pas encore basculé sous un régime de facturation individuelle, les données d'activité relatives aux séjours et actes et consultations externes font, comme pour les autres prestations hospitalières, l'objet d'une transmission à l'ATIH² pour valorisation, grâce à l'identification des soins des personnes écrouées via le code gestion 65.

Les arrêtés de versement mensuels des directeurs généraux d'ARS identifient pour chaque établissement le montant dû au titre du reste à charge des patients écroués, qui sera versé par les caisses d'assurance maladie.

S'agissant des établissements sous un régime de facturation individuelle, la facturation prend la forme d'une facturation directe aux caisses d'assurance maladie. L'intégralité de la dépense est facturée en part obligatoire à l'assurance maladie lors de la facturation en norme B2 CP.

2. DÉPENSES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Tel que défini dans la Fiche 1, les soins psychiatriques des personnes écrouées sont désormais entièrement financés par l'assurance maladie. Aussi, **le circuit de facturation mis en place depuis le 1^{er} janvier 2016 est remplacé par un financement du reste à charge des patients écroués via la dotation annuelle de financement à compter du 1^{er} janvier 2018.** Tel qu'indiqué dans la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées, les modalités d'intégration sont précisées dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

3. MÉDICAMENTS

En cas d'hospitalisation, les médicaments sont inclus dans les tarifs des prestations d'hospitalisation (à l'exception des médicaments figurant sur la liste en sus³ ou des médicaments faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU)⁴). Leur financement entre donc dans le cadre de la facturation des séjours définie ci-avant.

Les médicaments dispensés aux personnes incarcérées en unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont désormais entièrement financés par l'assurance maladie à travers la MIG « unités sanitaires en milieu

2. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

3. Les médicaments figurant sur cette liste font l'objet d'une consommation trop irrégulière ou onéreuse pour être inclus dans les tarifs. En application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, ils font l'objet d'une facturation spécifique, en sus du GHS, et sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

4. En application de l'article L. 162-22-7-3 du Code de la Sécurité Sociale, ces médicaments sous ATU ou post ATU font l'objet, depuis le 1^{er} janvier 2017, de modalités de facturation identiques à celles des médicaments de la liste en sus.

pénitentiaire » ou, le cas échéant, à travers le dispositif de facturation des médicaments inscrits sur la liste des produits mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, dite « liste de rétrocession ».

Les modalités de facturation de ces médicaments et d'intégration dans la MIG à compter du 1^{er} janvier 2018 sont définies dans la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées et dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

Le circuit préexistant de valorisation par l'ATIH du reste à charge associé à la délivrance de médicaments en unités sanitaires est donc supprimé. Toutefois, le recueil FICHSUP est maintenu dans la perspective d'une modélisation de la MIG correspondante.

4. DISPOSITIFS MÉDICAUX À USAGE INDIVIDUEL

Il s'agit des produits et des prestations inscrits sur la liste des produits et des prestations (LPP)⁵, tels que les pansements, béquilles, fauteuils roulants, lunettes (monture et verres), audioprothèses...

En cas d'administration au cours d'un séjour d'hospitalisation, les dispositifs médicaux sont inclus dans les tarifs des prestations d'hospitalisation (à l'exception des dispositifs médicaux figurant sur la liste en sus). Leur financement entre donc dans le cadre de la facturation des séjours définie supra.

Certains dispositifs médicaux sont également inclus dans le tarif du forfait « externe » facturé par l'établissement⁶, en cas d'administration du dispositif médical au cours de soins non suivis d'hospitalisation. Il s'agit par exemple de dispositifs médicaux administrés dans le cadre d'une prise en charge aux urgences (forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU)), ou encore de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation (attèles, minerves,...) délivré en unité sanitaire (forfait « petit matériel » (FFM)). Leur financement entre donc dans le cadre de la facturation des soins externes définie supra.

S'agissant des dispositifs médicaux n'entrant pas dans ces modalités de facturation, tels que le gros matériel (lit médicalisé, fauteuil roulant, ...), ils doivent être commandés ou loués par les services pénitentiaires, en lieu et place de la personne écrouée, sur la base de l'ordonnance délivrée par le médecin de l'unité sanitaire et l'attestation de droits de la personne. La facture est ensuite adressée au CNPE, pour une prise en charge à 100% des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (cf. Fiche 1). Les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont à la charge de la personne écrouée, sauf si celle-ci dispose d'une complémentaire santé prenant en charge tout ou partie de ces dépassements (CMU complémentaire ou mutuelle), ou, le cas échéant, par l'établissement pénitentiaire au titre de l'aide en nature apportée aux personnes détenues sans ressources suffisantes⁷.

5. Article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale

6. Forfaits « ATU », « PO », « FFM », « SE » ou « APE » et « FPI » mentionnés aux 2° à 7° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale

7. Circulaire du 11 février 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention

Les dispositifs médicaux hors nomenclature, ne pouvant être remboursés par l'assurance maladie, sont financés au travers de la MIG.

5. SOINS DENTAIRES

5-A. MODALITÉS DE FINANCEMENT

Comme pour les autres soins, **à compter du 1^{er} janvier 2018, l'assurance maladie règle l'ensemble des frais sur l'ensemble du tarif de responsabilité de la sécurité sociale** (cf. Fiche 1).

Les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont à la charge de la personne écrouée, sauf si celle-ci dispose d'une complémentaire santé prenant en charge tout ou partie de ces dépassements (CMU complémentaire ou mutuelle), ou, le cas échéant, par l'établissement pénitentiaire au titre de l'aide en nature apportée aux personnes détenues sans ressources suffisantes⁸.

5-B. MODALITÉS DE FACTURATION

Les consignes de facturation dans le cas d'une prise en charge par la complémentaire santé sont les suivantes : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FI_DETENUS-_02_2016.pdf

- **Pour les établissements de santé « ex-OQN » et les établissements de santé « ex-DG » sous un régime de facturation individuelle :**

S'agissant de l'acte CCAM, l'intégralité de la dépense est facturée en part obligatoire à l'assurance maladie lors de la facturation en norme B2 CP.

Le forfait panier de soins CMU-C associé à l'acte CCAM fait également l'objet d'une transmission à l'assurance maladie en norme B2, avec indication d'une prise en charge par l'assurance maladie complémentaire à 100 %. Lorsque le patient n'est pas bénéficiaire de la CMU-C mais bénéficie d'une autre complémentaire santé, les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont directement facturés à l'organisme complémentaire.

- **Pour les établissements de santé « ex-DG » non encore basculés sous un régime de facturation individuelle :**

S'agissant de l'acte CCAM, l'intégralité de la dépense est valorisée par l'ATIH.

Seul le forfait panier de soins CMU-C associé à l'acte CCAM fait l'objet d'une transmission à l'assurance maladie en norme B2, avec indication d'une prise en charge par l'assurance maladie complémentaire à 100 %. Lorsque le patient n'est pas bénéficiaire de la CMU-C mais bénéficie d'une autre complémentaire santé, les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont directement facturés à l'organisme complémentaire.

6. TRANSPORTS SANITAIRES

Cf. détails à la Fiche 7 « Transports » du Livre 3 Cahier 3.

8. Circulaire du 11 février 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention

Lorsque le transport sanitaire répond aux conditions de prise en charge de l'assurance maladie, celle-ci prend en charge 100 % des frais (sur la base des tarifs conventionnels) à compter du 1^{er} janvier 2018 (cf. Fiche 1).

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

7. PRESTATIONS DÉLIVRÉES PAR L'EPSN DE FRESNES

Tel que défini dans la Fiche 1, **les soins MCO ainsi que les prestations relevant des soins de suite et de réadaptation (SSR) dispensés depuis le 1^{er} janvier 2018 par l'EPSN de Fresnes sont entièrement financés par l'assurance maladie, au travers de la dotation annuelle de financement.** Aussi, le circuit de facturation mis en place sur le champ MCO pour les soins délivrés entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017 est supprimé. Les prestations de SSR dispensées sur cette période feront l'objet de modalités particulières de facturation, comme indiqué dans la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées. Les modalités d'intégration dans la DAF de l'établissement sont précisées dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

8. PRESTATIONS SSR DISPENSÉES DANS LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS

Les prestations relevant des soins de suite et de réadaptation (SSR) dispensés depuis le 1^{er} janvier 2018 doivent être entièrement financées par l'assurance maladie, au travers de la dotation annuelle de financement. Les modalités d'intégration dans la DAF de l'établissement seront précisées dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

FICHE 3

MODALITÉS DE FINANCEMENT ET DE FACTURATION DES SOINS DE VILLE À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2018

À compter du 1^{er} janvier 2018, le régime général d'assurance maladie prend en charge à la fois les parts obligatoire et complémentaire des soins (cf. Fiche 1).

Les modalités de facturation sont inchangées. Elles sont identiques pour l'ensemble des soins dispensés en ville, qu'il s'agisse de consultations, d'actes techniques, d'examens de biologie, de la délivrance de médicaments ou de dispositifs médicaux (dont optique), etc.

1 - INFORMATION SUR LE TIERS PAYANT

Afin de porter à la connaissance des professionnels de santé les modalités de mise en œuvre du tiers payant intégral et l'interdiction de dépassement d'honoraires dont bénéficient ces assurés, les attestations de droit portent le libellé suivant : « Tiers payant intégral sans dépassement sur les honoraires, prise en charge à 100 % par le régime général ». La carte Vitale, si elle a été mise à jour depuis la mise sous écrou, comporte également l'information de prise en charge à 100 %.

2 - MODALITÉS DE FACTURATION

Les consignes de facturation sont indiquées sur le site Ameli, dans l'espace dédié aux professionnels de santé, à la rubrique « Exercer au quotidien » et sous-rubrique « Le tiers payant pour les personnes détenues » :
<https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tiers-payant-modalites-regles-facturation/tiers-payant-modalites-regles-facturation>
<https://www.ameli.fr/paris/etablissement-de-sante/exercice-professionnel/facturation-prise-charge/personnes-detenues/tiers-payant-personnes-detenues>

Ces consignes s'appliquent également aux praticiens intervenant dans le cadre de la permanence des soins au sein d'un établissement pénitentiaire.

- **En cas de télétransmission en SESAM-Vitale :**

La prise en charge à 100 % est déclenchée automatiquement à la lecture de la carte Vitale du patient à jour. Dans le cas contraire, cela signifie que la carte n'est pas à jour et qu'une facturation papier doit être effectuée.

- **En cas de télétransmission en norme B2, renseigner :**

- le code justification de l'exonération à 5 « assuré ou bénéficiaire exonéré (régime exonérant) » ;
- le code prise en charge de la participation assuré 18 € « à blanc ».

- **En cas d'impossibilité d'effectuer une télétransmission :**

Pour faire bénéficier le patient du tiers payant intégral, cocher les cases suivantes dans la zone « Paiement » de la feuille de soins :

- « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire »
- « L'assuré n'a pas payé la part complémentaire ».

L'envoi de la feuille de soins papier s'effectue selon les modalités habituelles.

FICHE 4

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRES : DÉPISTAGES DU VIH ET DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES PAR LES CEGIDD ; TUBERCULOSE ET CLAT

1 - MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES DÉPISTAGES VIH, VHB, VHC ET AUTRES IST

Au sein des CeGIDD : Toutes les prestations effectuées au sein d'un CeGIDD (consultations, prélèvements, analyses, vaccinations, prévention, traitements) sont prises en charge gratuitement et s'imputent sur le fonds d'intervention régionale (FIR)⁹.

Les frais de fonctionnement d'un CeGIDD hospitalier sont assurés par une dotation forfaitaire annuelle. Les dispositions financières applicables au CeGIDD, notamment celles relatives à la fixation de cette dotation forfaitaire, sont précisées dans l'annexe 10 de [l'instruction n° 2015-195 du 3 juillet 2015](#).

Au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (établissements de santé) : les prestations relatives au dépistage (consultations et analyses) sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie.

2 - MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE DES DÉPISTAGES DE LA TUBERCULOSE

Les CLAT (Centre de Lutte Anti Tuberculose) interviennent pour le dépistage et/ou enquête autour d'un cas.

Toutes les prestations (consultations, prélèvements, analyses et traitements ambulatoires) effectuées au sein d'un CLAT sont prises en charge à 100 % dans le cadre des dotations allouées à ces structures (budgets pouvant provenir de plusieurs sources de financement).

⁹. Article L. 3121-2 du Code de la Santé Publique

FICHE 5

MODALITÉS FINANCEMENTS DES PRESTATIONS ASSOCIÉES

1 - FRAIS DE TRANSPORT ET DE DÉPLACEMENT DE PERSONNEL HOSPITALIER OU DE PRODUITS ET DE MATÉRIELS ENTRE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

Ces frais ne sont en aucun cas pris en charge par l'assurance maladie.

Les frais de déplacement du personnel hospitalier qui ne sont pas exclusivement affectées au sein de l'établissement, mentionnés au 3° R. 6111-35 du CSP, et les frais de transport des produits et des matériels mentionnés aux 4° de l'article R. 6111-35 du CSP engagés par l'établissement de santé sont remboursés par l'administration pénitentiaire, dans les conditions suivantes :

- le remboursement des frais de déplacement des personnels est assuré sur la base des tarifs fixés par arrêté interministériel, prévu par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnées par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique de l'État sur le territoire métropolitain de la France.

Le remboursement des frais de déplacement s'effectue sur présentation d'un état nominatif fourni par le directeur de l'établissement de santé à l'administration pénitentiaire ;

- la base de remboursement des frais de transport des biens est le coût de l'unité d'œuvre de l'activité « transport » calculé à partir des éléments de la comptabilité analytique de l'établissement de santé. Le remboursement s'effectue à partir des justificatifs présentés par l'établissement de santé portant sur le nombre de kilomètres parcourus (trajet le plus court) et sur le coût de l'unité d'œuvre de l'activité « transport » (hors transports sanitaires).

En cas d'absence de données provenant de la comptabilité analytique de l'établissement, la base de remboursement des frais de transport des biens et les modalités de remboursement sont déterminés à partir du dernier coût moyen connu de la fonction « transport » publié chaque année par la base nationale de comptabilité analytique hospitalière (dite base d'Angers).

2 - FINANCEMENT DE L'AMÉNAGEMENT ET DE L'ÉQUIPEMENT DES LOCAUX MIS À DISPOSITION DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES (2° ARTICLE R. 6111-35 ET 2° ARTICLE R.6111-32 DU CSP)

Selon les articles L. 381.30.6.3° du CSS et R.6111-35 2° du CSP, l'établissement pénitentiaire assure directement les charges de la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux pénitentiaires spécialisés destinés aux consultations et aux examens. En conséquence, aucune relation financière n'est à prévoir entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire, sauf en ce qui concerne l'entretien et l'hygiène des locaux (voir paragraphe suivant).

L'administration pénitentiaire prend à sa charge :

- l'aménagement immobilier des locaux, y compris le câblage (électrique, téléphonique et informatique) ainsi que les installations des prises nécessaires et en assure la maintenance ;
- les consommations d'eau, d'électricité et de chauffage.

L'établissement de santé prend à sa charge :

- le mobilier, l'installation, la maintenance et l'entretien des équipements médicaux et non médicaux des unités sanitaires en milieu pénitentiaire ;
- les équipements en postes téléphoniques, informatiques et les liaisons informatiques avec l'établissement de santé en dehors des murs de l'établissement pénitentiaire ;
- les frais de fonctionnement liés à l'utilisation du téléphone, du fax et des réseaux informatiques (Internet notamment), y compris les frais d'ouverture de ligne et d'abonnement (*Cf. protocole du 27 mai 2009*).

3 - FINANCEMENT DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX MIS À DISPOSITION DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES

L'entretien et l'hygiène des locaux des unités de soins doivent être assurés par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire.

Les modalités de fonctionnement et d'organisation seront définies entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé qui pourra notamment affecter ses propres agents ou des agents d'une entreprise d'entretien placés sous l'autorité du personnel hospitalier en cas de concession de cette fonction par l'établissement public de santé.

La base de remboursement des frais d'entretien est fixée à partir du dernier coût moyen connu de la fonction « nettoyage » publiée chaque année par la base nationale de comptabilité hospitalière (dite base d'Angers) rapporté à la surface des locaux des unités de soins.

FICHE 6

MODALITÉS DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS ASSOCIÉES

1 - FRAIS DE TRANSPORT ET DE DÉPLACEMENT DE PERSONNEL HOSPITALIER OU DE PRODUITS ET DE MATÉRIELS ENTRE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

Ces frais ne sont en aucun cas pris en charge par l'assurance maladie.

Les frais de déplacement du personnel hospitalier mentionnés au 3° R. 6112-22 du Code de la santé publique (CSP) et les frais de transport des produits et des matériels mentionnés aux 3° de l'article R. 6112-19 du CSP, engagés par l'établissement de santé, sont remboursés par l'administration pénitentiaire, dans les conditions suivantes :

- le remboursement des frais de déplacement des personnels est assuré sur la base des tarifs fixés par arrêté interministériel, prévu par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnées par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique de l'État sur le territoire métropolitain de la France.

Le remboursement des frais de déplacement s'effectue sur présentation d'un état nominatif fourni par le directeur de l'établissement de santé à l'administration pénitentiaire ;

- la base de remboursement des frais de transport des biens est le coût de l'unité d'œuvre de l'activité « transport », calculé à partir des éléments de la comptabilité analytique de l'établissement de santé. Le remboursement s'effectue à partir des justificatifs présentés par l'établissement de santé portant sur le nombre de kilomètres parcourus (trajet le plus court) et sur le coût de l'unité d'œuvre de l'activité « transport » (hors transports sanitaires).

En cas d'absence de données provenant de la comptabilité analytique de l'établissement, la base de remboursement des frais de transport des biens et les modalités de remboursement sont déterminées à partir du dernier coût moyen connu de la fonction « transport », publié chaque année par la base nationale de comptabilité analytique hospitalière (dite base d'Angers).

2 - FINANCEMENT DE L'AMÉNAGEMENT ET DE L'ÉQUIPEMENT DES LOCAUX MIS À DISPOSITION DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES (2^o ARTICLE R. 6112-22 DU CSP)

Selon l'article L. 381.30.6.3^o du Code de la Sécurité sociale (CSS), l'établissement pénitentiaire assure directement les charges de la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux pénitentiaires spécialisés destinés aux consultations et aux examens. En conséquence, aucune relation financière n'est à prévoir entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire, sauf en ce qui concerne l'entretien et l'hygiène des locaux (voir paragraphe suivant).

L'administration pénitentiaire prend à sa charge :

- l'aménagement immobilier des locaux, y compris le câblage (électrique, téléphonique et informatique) ainsi que les installations des prises nécessaires et en assure la maintenance ;
- les consommations d'eau, d'électricité et de chauffage.

L'établissement de santé prend à sa charge :

- le mobilier, l'installation, la maintenance et l'entretien des équipements médicaux et non médicaux des USMP ;
- les équipements en postes téléphoniques et informatiques, et les liaisons informatiques avec l'établissement de santé en dehors des murs de l'établissement pénitentiaire ;
- les frais de fonctionnement liés à l'utilisation du téléphone, du fax et des réseaux informatiques (Internet notamment), y compris les frais d'ouverture de ligne et d'abonnement (cf. « Protocole du 27 mai 2009 »).

3 - FINANCEMENT DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX MIS À DISPOSITION DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES

L'entretien et l'hygiène des locaux des unités de soins doivent être assurés par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire.

Les modalités de fonctionnement et d'organisation seront définies entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé, qui pourra affecter ses propres agents, ou des agents d'une entreprise d'entretien placés sous l'autorité du personnel hospitalier, en cas de concession de cette fonction par l'établissement public de santé.

La base de remboursement des frais d'entretien est fixée à partir du dernier coût moyen connu de la fonction « nettoyage », publiée chaque année par la base nationale de comptabilité hospitalière (dite base d'Angers) rapporté à la surface des locaux des unités de soins.

Annexes

- Annexe I** ▶ Protocole cadre entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé chargés de la prise en charge sanitaire des personnes détenues
- Annexe II** ▶ Textes législatifs et réglementaires
- Annexe III** ▶ Glossaire
- Annexe IV** ▶ Liste des abréviations et acronymes

ANNEXE I

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

Le directeur général de l'agence régionale de santé
Le ou les directeurs du ou des établissements de santé
Le directeur interrégional des services pénitentiaires
Le chef de l'établissement pénitentiaire

Article 1^{er}

En vertu de l'article L. 6111-1-2 2° CSP, les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier. Le ou les établissements de santé assurent les missions sanitaires prévues par les articles R. 6111-27 et suivants du code de la santé publique (CSP).

Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) désigne l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé admis à assurer cette mission (R. 6111-28 du CSP). Les modalités d'intervention du ou des établissements de santé dans l'établissement pénitentiaire sont fixées par le présent protocole.

Lorsque l'établissement de santé assurant les soins psychiatriques diffère de celui assurant les soins somatiques, une convention précise les modalités de leur coordination et des missions et moyens devant être mutualisés.

Pour les établissements de santé ayant une autorisation de prise en charge en hospitalisation de jour psychiatrique, sont précisées les modalités de mise en œuvre de celle-ci.

Article 2

En référence à l'article R. 6112-7 du CSP, le ou les établissements de santé sont chargés de dispenser au sein de l'établissement pénitentiaire les soins somatiques et psychiatriques aux personnes détenues. Dans ce cadre, il lui ou leur reviennent d'assurer l'ensemble des prestations ambulatoires, voire hospitalières relevant de la médecine générale et de la psychiatrie, les soins dentaires, des consultations spécialisées, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Les consultations spécialisées qui ne peuvent être organisées en milieu pénitentiaire sont assurées au sein de l'établissement de santé. En cas d'impossibilité, celui-ci prend toutes dispositions pour que celles-ci soient réalisées dans un autre établissement de santé.

L'annexe I bis précise les conditions d'accueil de la personne détenue au sein de l'établissement de santé de rattachement (stationnement du véhicule d'extraction et circuit de la personne détenue au sein de l'établissement de santé, lieu d'attente, etc.).

L'établissement pénitentiaire prend toutes mesures utiles pour assurer la sécurité des personnes et des biens à l'occasion de ces consultations conformément aux dispositions de l'article D. 373 du Code de procédure pénale.

Le ou les établissements de santé mettent en place une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) dont les modalités d'organisation et de fonctionnement, définies en accord avec le chef de l'établissement pénitentiaire, sont décrites en annexe I du présent protocole.

Article 3

En référence à l'article R. 6111-32 du CSP, le ou les établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire et, le cas échéant, en milieu hospitalier des soins aux personnes détenues dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation. Il(s) effectue(nt) ou fait(font) effectuer les examens, notamment radiologiques ou de laboratoire nécessaires au diagnostic.

Il(s) pourvoit(ent) à l'équipement médical et non médical des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire destinés aux consultations, aux soins et aux examens, et en assure la maintenance.

L'établissement de santé chargé des soins somatiques assure la fourniture et le transport des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur conformément à l'article L. 5126-6 du CSP. Il assure l'élimination des déchets hospitaliers.

L'annexe II du présent protocole prévoit les modalités d'organisation de ces transports.

Article 4

En référence à l'article R. 6111-33 du CSP, l'établissement public de santé chargé des soins somatiques coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé. À ce titre, en lien avec l'établissement pénitentiaire, il veille à ce que les conditions soient réunies, au sein de l'établissement pénitentiaire, pour assurer les missions relevant des actions de santé recentralisées (lutte contre la tuberculose, vaccination, lutte contre le cancer et prévention des infections sexuellement transmissibles).

Il coordonne ces actions avec les services correspondant, habilités par l'ARS ou conventionnés avec l'État (lorsque le conseil départemental continue d'exercer cette activité). Ainsi, les modalités d'intervention d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD, ex-CDAG) sont fixées par convention entre l'établissement de santé et la structure sanitaire, notamment lorsque celle-ci est gérée par un conseil départemental. De même une convention prévoyant les modalités d'intervention des centres de lutte antituberculeuse (CLAT), notamment les actions de dépistage pour les personnes venant de l'état de liberté est signée à cet effet dans les mêmes conditions que précédemment.

Article 5

En référence à l'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, la personne désignée en charge de la fonction de pilotage de l'organisation correspondante élabore un « protocole organisationnel » ad hoc dont les principaux attendus sont précisés dans l'annexe III du présent protocole.

Article 6

Les interventions mentionnées aux articles 3, 4 et 5 sont assurées par une équipe hospitalière (somatique et psychiatrique) placée sous la coordination d'un praticien. L'activité de ses membres s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables. Les membres de l'équipe hospitalière (somatique et psychiatrique) intervenant en milieu pénitentiaire sont soumis à une procédure d'habilitation conformément à l'article D. 386 du code de procédure pénale.

Les personnels hospitaliers sont informés des règles de fonctionnement en vigueur dans l'établissement auxquels ils doivent se conformer.

La composition de l'équipe soignante incluant les équipes de soins somatiques et psychiatriques est précisée en annexe IV du présent protocole.

Article 7

En référence à l'article R. 6111-32 du CSP, le ou les établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire et, le cas échéant, en milieu hospitalier des soins aux personnes détenues dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation.

Ces soins incluent des consultations réglementaires (art. R. 6111-27 à R. 6111-40 du CSP, D. 379 et R. 57-8-1 et suivants du CPP) mais également toutes consultations médicales nécessaires au suivi de ces personnes (médecine générale, spécialisée, psychiatrique).

Les consultations réglementaires nécessitent une organisation appropriée respectant soit des délais, soit des modalités d'organisation à convenir avec l'administration pénitentiaire.

- Ce suivi médical comporte notamment les consultations suivantes :
 - l'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté ;
 - l'examen médical des personnes condamnées sortantes ;
 - les visites au quartier d'isolement ;
 - les visites au quartier disciplinaire ;
 - les visites aux personnes détenues confinées dans une cellule ordinaire.

L'annexe V du présent protocole précise ces modes d'organisation.

Article 7 bis

Les modalités de mise en place et de fonctionnement des activités de soins psychiatriques de niveau 1 intégrant des activités de consultations, d'entretiens mais également des activités thérapeutiques de groupe sont précisées en annexe V bis du présent protocole.

Article 7 ter

Pour les établissements de santé ayant une autorisation de prise en charge en hospitalisation de jour psychiatrique au sein de l'établissement pénitentiaire, les modalités de mise en œuvre de celle-ci précisant le nombre de places de jour, le nombre de cellules d'hébergement dédiées affectées, les conditions de fonctionnement et les responsabilités des équipes soignantes et pénitentiaires sont fixées en annexe V ter du présent protocole.

Article 7 quater

22 établissements pénitentiaires sont spécialisés dans la prise en charge d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS). Un protocole santé-justice signé le 16 décembre 2011 fixe les modalités d'intervention des USMP et des personnels pénitentiaires.

Ces modalités sont précisées en annexe V quater du présent protocole.

Article 8

En référence à l'article R. 6111-34 du CSP, l'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnels concourant aux missions définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1-2 du CSP.

Le personnel pénitentiaire et les professionnels de la PJJ pour les mineurs sont informés des missions dévolues à l'établissement de santé et des modalités de fonctionnement des USMP. Ils concourent à ce fonctionnement dans le cadre de leurs missions propres.

Des personnels de surveillance sont affectés par le chef de l'établissement pénitentiaire au maintien de l'ordre et à la sécurité de l'USMP, après avis du praticien coordonnateur de l'unité. Ce dernier peut proposer le remplacement de tout agent de l'unité si ce remplacement lui paraît nécessaire à l'intérêt du service.

Les mesures de sécurité sont précisées en annexe VI du présent protocole.

Article 9

Le ou les établissements de santé s'assurent de la continuité des soins à la sortie des personnes qui le nécessitent en liaison avec les structures sanitaires et médico-sociales d'aval et le service pénitentiaire d'insertion et de probation et/ou le service éducatif de la PJJ.

Article 10

En référence à l'article 46 de la loi pénitentiaire (article D. 374 du CPP), une permanence des soins est mise en place selon la procédure précisée en annexe VII du présent protocole.

Article 11

En référence à l'article R. 6111-35 du CSP, la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire mentionné au 2° de l'article R. 6111-32 sont pris en charge par l'administration pénitentiaire. L'établissement pénitentiaire s'engage à ce que les locaux destinés à recevoir l'USMP soient mis en conformité avec les missions de l'établissement de santé selon les modalités et le calendrier indiqués en annexe VIII du présent protocole.

Les modalités de l'entretien des locaux de l'USMP sont définies en annexe VIII bis du présent protocole.

Article 12

En référence à l'article R. 6111-32 du CSP, l'établissement de santé pourvoit à l'équipement médical et non médical des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire destinés aux consultations, aux soins et aux examens, et en assure la maintenance.

À ce titre, ces locaux spécialisés dévolus à l'activité de soins sont dotés des mêmes fonctionnalités logistiques, techniques et informatiques que les services hospitaliers du ou des établissements de santé de rattachement, notamment pour les équipements biomédicaux et les systèmes d'information.

Concernant l'échange des informations, une convention a été conclue entre la DGOS et la DAP le 12 juillet 2012, afin de mettre en place des échanges et des flux de données réciproques sur l'activité des structures de santé des personnes détenues.

Les équipements nécessaires sont listés en annexe IX du présent protocole.

Article 13

Les modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes écrouées sont définies au chapitre éponyme du guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

S'agissant des frais de santé :

Les personnes écrouées bénéficient d'une prise en charge de leurs frais de santé à compter de la date d'écrou, sans avance de frais de leur part.

Pour les soins antérieurs au 1^{er} janvier 2018, les frais étaient pris en charge :

- par le régime général d'assurance maladie pour la part obligatoire des soins ;
- par l'administration pénitentiaire pour la part complémentaire des soins (ticket modérateur, ticket modérateur forfaitaire de 18 € et forfait journalier hospitalier).

À compter du 1^{er} janvier 2018, le régime général prend en charge à la fois les parts obligatoire et complémentaire des soins, selon des modalités définies dans le chapitre du guide suscité.

Les éventuels dépassements d'honoraires et autres frais au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale restent toutefois à la charge de la personne. Les mutuelles complémentaires peuvent prendre en charge tout ou partie de ces frais, ou, le cas échéant, l'établissement pénitentiaire au titre de l'aide en nature apportée aux personnes détenues sans ressources suffisantes.

S'agissant des actions de promotion de la santé : (à compléter en fonction des projets locaux)

.....

S'agissant des frais de transport et de déplacement de personnel hospitalier, ou de produits et de matériels entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire :

Les frais de déplacement du personnel hospitalier qui ne sont pas exclusivement affectés au sein de l'établissement, mentionnés au 3° R. 6111-35 du CSP, et les frais de transport des produits et des matériels mentionnés aux 4° de l'article R. 6111-35 du CSP engagés par l'établissement de santé sont remboursés par l'administration pénitentiaire, dans les conditions définies au chapitre du guide suscité.

S'agissant de l'aménagement, de l'équipement et de l'entretien des locaux mis à disposition des équipes hospitalières :

L'administration pénitentiaire prend à sa charge :

- l'aménagement immobilier des locaux, y compris le câblage (électrique, téléphonique et informatique) ainsi que les installations des prises nécessaires et en assure la maintenance ;
- les consommations d'eau, d'électricité et de chauffage.

L'établissement de santé prend à sa charge :

- le mobilier, l'installation, la maintenance et l'entretien des équipements médicaux et non médicaux des unités sanitaires en milieu pénitentiaire ;
- les équipements en postes téléphoniques, informatiques et les liaisons informatiques avec l'établissement de santé en dehors des murs de l'établissement pénitentiaire ;
- les frais de fonctionnement liés à l'utilisation du téléphone, du fax et des réseaux informatiques (Internet notamment), y compris les frais d'ouverture de ligne et d'abonnement (Cf. *protocole du 27 mai 2009*).

L'entretien et l'hygiène des locaux des unités de soins doivent être assurés par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire, dans les conditions définies au chapitre du guide suscité.

Article 14

Le ou les établissements de santé établissent un rapport annuel d'activité incluant un bilan des activités recensées (somatiques et psychiatriques), un bilan de l'activité pharmaceutique, un bilan de la prise en charge des addictions et une présentation des actions de promotion pour la santé réalisées.

Il est transmis aux signataires du protocole, aux membres du comité de coordination au moins 15 jours avant la tenue de la réunion ainsi qu'au conseil d'évaluation de l'établissement pénitentiaire.

Article 15

Conformément aux articles D. 90 et suivants et D. 514 du CPP, le chef d'établissement pénitentiaire met en place une commission pluridisciplinaire unique (CPU) et le cas échéant la réunion hebdomadaire pluridisciplinaire relative aux mineurs incarcérés.

Les personnels soignants, selon l'ordre du jour, sont invités à y participer. Les conditions de ces participations sont précisées dans la [circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique](#).

L'annexe XI du présent protocole précise les modalités de fonctionnement de la CPU (périodicité), de la réunion hebdomadaire pluridisciplinaire et des commissions auxquelles le personnel soignant est convié.

Article 16

En application du 10° de l'article R. 6111-36 du CSP, un comité de coordination est constitué. La composition et les modalités de fonctionnement de ce comité sont précisées en annexe XII du présent protocole.

Article 17

Le présent protocole est applicable à compter du

Il est conclu pour une période de trois ans et, le cas échéant, réactualisé par avenant.

Les annexes sont actualisées en tant que de besoin après accord de l'ensemble des signataires et sont revues systématiquement tous les trois ans.

Fait à : le :

Le directeur général de l'agence régionale
Le directeur interrégional des services pénitentiaires
Le ou les directeurs du ou des établissements de santé
Le chef de l'établissement pénitentiaire

ANNEXES AU PROTOCOLE

ANNEXE I (ARTICLE 2 DU PROTOCOLE) : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ SANITAIRE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.

Sont précisés :

- les horaires d'ouverture de l'USMP ;
- les horaires de présence des personnels infirmiers ;
- les horaires de consultations des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes ;
- les horaires de présence des psychiatres et des psychologues ;
- les modalités d'organisation des consultations spécialisées (périodicité) et leur nature ;
- les horaires de présence des surveillants pénitentiaires ;
- le nombre maximum de patients attendus par créneau horaire ;
- les moyens mis en œuvre par l'administration pénitentiaire pour assurer une gestion optimum des consultations (règles de non-cohabitation ou de non-croisement des différentes populations de personnes détenues, surbooking, etc.) ;
- les modalités d'organisation des prescriptions et dispensation des produits pharmaceutiques ;
- les modalités de distribution des produits pharmaceutiques (horaires) et modalités d'accompagnement par un personnel de surveillance et la périodicité du passage des pharmaciens.

ANNEXE II (ARTICLE 3 DU PROTOCOLE) : RELATIONS « LOGISTIQUES » ET MODALITÉS DE TOUTES LES LIVRAISONS DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ SUR LE SITE PÉNITENTIAIRE (STÉRILISATION, PHARMACIE, PRÉLÈVEMENTS BIOLOGIQUES, LINGE, PETITS MATÉRIELS, ÉQUIPEMENTS, FOURNITURES DIVERSES, COURRIER, ETC.)

Sont précisés :

- le planning des livraisons (jours, horaires) ;
- les modalités de contrôle, d'enlèvement et de dépose ;
- les modalités d'enlèvement des déchets ménagers et des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) générées par l'activité hospitalière.

ANNEXE III (ARTICLE 5 DU PROTOCOLE) : MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Sont précisés :

- les modalités de coordination entre les professionnels impliqués (somaticiens, psychiatres, addictologues, SPIP, PJJ, etc.) ;
- Le nom et le statut du CSAPA référent désigné et son rôle ;
- Les modalités de réalisation du bilan addictologique pour chaque entrant.

ANNEXE IV (ARTICLE 6 DU PROTOCOLE) :
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE EN NOMBRE D'ETP BUDGÉTÉS

Sont listés :

- les effectifs médicaux ;
- les effectifs non médicaux.

ANNEXE V (ARTICLE 7 DU PROTOCOLE) :
ORGANISATION DES CONSULTATIONS RÉGLEMENTAIRES

Sont précisés :

- les délais à respecter ;
- les conditions de ces consultations (au sein de l'USMP, en cellule).

ANNEXE V BIS (ARTICLE 7 BIS DU PROTOCOLE) :
ORGANISATION DES ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES DE GROUPE

Sont précisées les modalités d'organisation intégrant :

- le projet d'activités de soins ;
- un calendrier prévisionnel de montée en charge du dispositif sanitaire ;
- l'organisation matérielle de la prise en charge (quels locaux, planning d'utilisation) ;
- les accompagnements par des surveillants pénitentiaires en tant que de besoin.

ANNEXE V TER (ARTICLE 7 TER DU PROTOCOLE) :
HOSPITALISATION DE JOUR PSYCHIATRIQUE

Sont précisés :

- le nombre de places d'hospitalisation de jour autorisées ;
- le nombre de cellules d'hébergement dédiées ;
- les conditions d'admission ;
- les horaires de prise en charge sanitaire ;
- le nombre de surveillants pénitentiaires affectés à cette unité ;
- les conditions de fonctionnement de cette hospitalisation de jour (organisation des activités, ouverture des cellules, accès de soignants, etc.).

ANNEXE V QUATER (ARTICLE 7 QUATER DU PROTOCOLE) : **PRISE EN CHARGE DES AICS**

Sont précisées les modalités d'organisation intégrant :

- le projet d'organisation des soins ;
- l'organisation matérielle de la prise en charge ;
- l'organisation de la continuité des soins à la sortie.

ANNEXE VI (ARTICLE 8 DU PROTOCOLE) : **SÉCURITÉ DU PERSONNEL SANITAIRE**

Sont précisés :

- le nombre de surveillants pénitentiaires affectés à l'ordre et la sécurité des USMP ;
- leurs horaires de présence ;
- le nombre d'alarmes portatives individuelles (API) mises à disposition des personnels de santé présents dans l'USMP ;
- les modalités de sécurisation des locaux (alarme coup de poing, portique, etc.) ;
- les modalités d'information et de formation des personnels santé par la direction de l'établissement pénitentiaire aux divers systèmes de sécurité intégrant la sécurité incendie.

ANNEXE VII (ARTICLE 10 DU PROTOCOLE) : **PERMANENCE DES SOINS**

Est précisée l'organisation retenue pour assurer la permanence des soins :

- régulation (15 ou 115-116) ;
- astreinte hospitalière ;
- médecine libérale ;
- autres.

Sont également précisées les conditions d'accès à un traitement médicamenteux de première nécessité en dehors des heures d'ouvertures de l'USMP.

ANNEXE VIII (ARTICLE 11 DU PROTOCOLE) : **LES LOCAUX**

À préciser : locaux conformes ou non (référence : Guide santé-justice de programmation pour la construction de nouveaux établissements pénitentiaires).

Si les locaux sont non conformes, il est utile de joindre un état du projet envisagé, lorsque des travaux s'avèrent nécessaires indiquant : description de l'opération et plan de l'état futur ;

- liste des locaux et des surfaces correspondantes ;
- coût de l'opération ;
- calendrier de réalisation de l'opération.

ANNEXE VIII BIS (ARTICLE 11 DU PROTOCOLE) : ENTRETIEN DES LOCAUX DE L'USMP

Préciser les modalités d'entretien de ces locaux selon « [Financement de l'entretien des locaux mis à disposition des équipes hospitalières](#) ».

ANNEXE IX (ARTICLE 12 DU PROTOCOLE) : LES ÉQUIPEMENTS

Sont listés les équipements installés au sein de l'USMP :

- équipements biomédicaux : radiologie, fauteuil dentaire, etc. ;
- équipements informatiques.

ANNEXE XI ARTICLE 15 DU PROTOCOLE) : CPU ET RÉUNION HEBDOMADAIRE DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE RELATIVE AUX MINEURS : FONCTIONNEMENT

Sont précisées :

- la périodicité des réunions ;
- les commissions auxquelles les personnels soignants peuvent être invités à participer.

ANNEXE XII (ARTICLE 16 DU PROTOCOLE) : COMITÉ DE COORDINATION

Sont précisées les modalités d'organisation et de fonctionnement du comité de coordination :

- membres du comité ;
- périodicité des réunions.

ANNEXE II

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

LOIS

Loi n° 85-1461 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

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

Loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité

Loi n° 96-452 du 28 mai 1996 **portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire**

Loi n° 98-349 du 11 mai 1998 **relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile**

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

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

Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 **relative à l'assurance maladie**

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 **pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**

Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 rénovant la protection juridique des majeurs incapables

Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant le contrôleur général des lieux de privation de liberté

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

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 **de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir les risques de récidives criminelles et portant diverses dispositions de procédure pénale

Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 **relative au défenseur des droits**

Loi n° 2011-334 du 29 mars 2011 relative au défenseur des droits

Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité

Loi n° **2011-803** du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 **de financement de la Sécurité sociale pour 2012**

Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 **de programmation relative à l'exécution des peines**

Loi n° 2014-896 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

DÉCRETS

Décret n° 65-73 du 27 janvier 1965 modifiant les circonscriptions des directions régionales des services pénitentiaires en métropole

Décret n° 79-534 du 3 juillet 1979 **modifiant diverses dispositions du Code de procédure pénale (troisième partie : décrets) en matière d'exécution de la détention**

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

Décret n° 87-604 du 31 juillet 1987 relatif à l'habilitation des personnes auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions dans les établissements pénitentiaires

Décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'État, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés

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

Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires

Décret n° 2002-424 du 28 mars 2002 fixant la liste des enquêtes administratives pouvant donner lieu à la consultation de traitements autorisés de données personnelles

Décret n° 2002-619 du 26 avril 2002 dispositions relatives à la suspension de peine

Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 **relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)**

Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 **relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)**

Décret n° 2006-338 du 21 mars 2006 modifiant le Code de procédure pénale (troisième partie : décrets) et relatif à l'isolement des détenus

Décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif

Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Décret n° 2007-931 du 15 mai 2007 relatif aux statuts d'emplois de directeur interrégional et de directeur fonctionnel des services pénitentiaires

Décret n° 2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Décret n° 2007-1627 du 16 novembre 2007 modifiant le Code de procédure pénale et renforçant le recours aux aménagements de peines et la lutte contre la récidive

Décret n° 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 **relatif à l'organisation du ministère de la Justice**

Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 **relatif à l'organisation et aux missions des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale**

Décret n° 2010-95 du 25 janvier 2010 relatif à l'administration centrale des ministères chargés des Affaires sociales et portant création d'une Direction générale de la cohésion sociale

Décret n° 2010-214 du 2 mars 2010 **relatif au ressort territorial, à l'organisation et aux attributions des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse**

Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 **portant création des agences régionales de santé**

Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 **tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

Décret n° 2010-271 du 15 mars 2010 portant organisation de la Direction générale de l'offre de soins

Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 **relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux**

Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 **relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé**

Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale

Décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale

Décret n° 2010-1668 du 29 décembre 2010 **relatif aux attributions et à l'organisation des missions de l'inspecteur général des services judiciaires**

Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 **portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré**

Décret n° 2011-980 du 23 août 2011 relatif à l'armement des personnels pénitentiaires

Décret n° 2011-1049 du 6 septembre 2011 **pris pour l'application de la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité et relatif aux titres de séjour**

Décret n° 2011-1471 du 8 novembre 2011 relatif au Comité interministériel de coordination de la santé

Décret n° 2011-2022 du 28 décembre 2011 **relatif à la convocation des personnes sous suivi socio-judiciaire et à l'appel des décisions du tribunal correctionnel pour mineurs**

Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au Fonds d'intervention régional des agences régionales de santé

Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

ARRÊTÉS

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments

Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière

Arrêté du 10 avril 2002 modifiant l'arrêté du 31 décembre 1999 pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé

Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

Arrêté du 9 juillet 2008 fixant l'organisation en sous-directions de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Arrêté du 17 mars 2010 **fixant le ressort territorial des Directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse**

Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence

Arrêté d'application du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux

Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande d'autorisation

Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction

Arrêté du 9 novembre 2010 **fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2)**

Arrêté du 29 novembre 2010 relatif à l'organisation de la Direction de l'administration pénitentiaire

Arrêté du 29 décembre 2010 **modifiant l'arrêté du 9 juillet 2008 fixant l'organisation en sous-directions de la Direction de l'administration pénitentiaire**

Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

Arrêté du 27 octobre 2011 sur la réception ou l'envoi d'objets au sein des établissements pénitentiaires

Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé

Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médical ou associatif

Arrêté du 29 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 27 décembre 2016 fixant le ressort territorial des directions interrégionales de l'administration pénitentiaire et de la mission des services pénitentiaires de l'outre-mer

CIRCULAIRES, INSTRUCTIONS ET NOTES

Circulaire DGS/VS2-DSS/AM3-DH, n° 32 du 26 mars 1993 relative au dépistage et au traitement de certaines IST, dans les centres de planification ou d'éducation familiale

Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale
NOR : SPSH9403796C

Circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996 **relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes**

Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire

Note DAP du 22 janvier 1997 n° 064 relative à la lutte contre le VIH en milieu pénitentiaire

Note DAP du 5 novembre 1997 n° 2020 relative à la distribution systématique d'eau de javel aux personnes détenues

Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine

Circulaire NOR : JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée

Circulaire DHOS/02 – DGS/SD6B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives

Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

Note interministérielle du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites

Circulaire conjointe justice-santé du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires, qui pose la base des actions de repérage, de formation disciplinaire et de postvention

Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 230/02 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté

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

- Circulaire du 10 février 2004 relative à la garde des femmes enceintes dans les hôpitaux
- Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues lors d'une consultation médicale NOR : JUSK0440155C
- Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale
- Circulaire DGS/SD6D/DHOS/O2/2006/09 du 10 janvier 2006 relative à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires
- Circulaire interministérielle du 13 mars 2006 DAP/DHOS/DGPN/DGGN relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé
- Circulaire DHOS/DAP du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire applicable le 1^{er} février 2007
- Circulaire DGS/MC1/DHOS/O2/DAP/DAGE/RI/2007/272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire
- Circulaire du 20 novembre 2007 renforçant le recours aux aménagements de peines et la lutte contre la récidive sur ses dispositions relatives à l'expertise préalable aux aménagements de peine
- Circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie
- Circulaire DGS/RI2/DGOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Circulaire interministérielle DGS/HOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés
- Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé
- Circulaire DHOS/O2/F2/2009/23 du 22 janvier 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie
- Note DAP n° 509 du 15 septembre 2009
- Circulaire DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé
- Circulaire DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés
- Protocole relatif aux systèmes d'information des unités sanitaires des établissements pénitentiaires signé le 27 mai 2009, et son avenant en date du 19 décembre 2009
- Instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention
- Instruction DGS/RI1/2011/33 du 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque
- Circulaire DAP/DPJJ relative au régime de détention des mineurs. NOR : JUSK1340024C

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

Circulaire JUSK1140022C du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues

Circulaire JUSK 1140024C du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues

Circulaire DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Note DAP/EMS1, mars 2012

Circulaire DAP/DACG/DPJJ JUSK1140021 C du 2 août 2011 relative à l'échange d'informations entre les services relevant du ministère de la Justice visant la prévention du suicide en milieu carcéral

Instruction DGS/MC1/DGOS/R4 n° 2011-206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires

Instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves

Note DAP du 30 novembre 2011 sur la réception ou l'envoi d'objets au sein des établissements pénitentiaires

Protocole santé-justice du 16 décembre 2011 définissant les modalités d'orientation des AICS, la prise en charge pénitentiaire et judiciaire spécifique, la réalisation d'un protocole local et l'évaluation des mesures mises en œuvre

Circulaire DAP 11400027C du 23 janvier 2012 relative au conseil d'évaluation

Circulaire JUSK 1140029C du 20 février 2012 sur le maintien des liens extérieurs

Circulaire DAP/DPJJ du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs

Instruction du 24 octobre 2014 relative aux infections invasives à méningocoque

Note DAP/DGOS du 5 juillet 2013 sur le ressort géographique des UHSI

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

Circulaire du 26 septembre 2014 de présentation des dispositions applicables le 1er octobre 2014 de la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

Circulaire DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/ n° 148 du 29 avril 2015 relative aux conditions de facturation des antiviraux d'action directe pour les patients pris en charge en ambulatoire en USMP

Instruction DGS/RI2/2015/ n° 195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

Instruction DSS/2A/DGOS/R1/2016 n° 9 du 6 janvier 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins aux personnes écrouées sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique

Note d'organisation territoriale du 22 septembre 2016 relative aux conditions d'application du décret n° 2010-214 du 2 mars 2010 relatif au ressort territorial, à l'organisation et aux attributions des services déconcentrés, établissements et services de la protection judiciaire de la jeunesse

Instruction DSS/2A/DGOS/R1/2016/ n° 346 du 23 novembre 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des médicaments dispensés aux personnes détenues

Instruction DSS/2A/DGOS/R1/2016 n° 370 du 1^{er} décembre 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins psychiatriques dispensés aux personnes écrouées.

ANNEXE III

GLOSSAIRE

CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Maison d'arrêt (MA)

Établissement pénitentiaire pour les prévenus, les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à un an et les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale).

Centre pénitentiaire (CP)

Établissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers de régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

Centre de détention (CD)

Prison/établissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des détenus.

Établissements pour mineurs (EPM)

Établissement dont la capacité d'accueil est limitée à 60 mineurs répartis en unités de 10 places. Il a pour objectif de concilier sanction et action éducative, c'est-à-dire de placer les activités scolaires, sportives et culturelles au cœur du dispositif de détention. Chaque mineur est encadré par un éducateur de la PJJ et un surveillant pénitentiaire.

Maison centrale (MC)

Établissement pénitentiaire pour les condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Centre de semi-liberté (CSL)

Établissement pénitentiaire qui reçoit des condamnés admis au régime de la semi-liberté.

Régime de semi-liberté : modalité d'exécution d'une peine. Elle autorise un condamné à exercer, en dehors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou de bénéficier d'un traitement médical. À l'issue de ces activités quotidiennes, le condamné rejoint le centre de semi-liberté.

Centre pour peine aménagée (CPA)

Établissement pénitentiaire qui reçoit des détenus volontaires faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que ceux dont le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

Placement sous surveillance extérieure (PSE)

Mesure d'individualisation de peine qui permet à une personne condamnée d'exécuter sa peine en dehors de la prison. Cette mesure lui permet de travailler, de se former, de suivre un stage, de se soigner ou de répondre à une obligation familiale. Chaque jour, l'activité terminée, la personne placée doit se rendre dans les locaux d'une association qui l'encadre et l'héberge, soit dans un foyer ou plus rarement au domicile d'un proche.

SITUATIONS JURIDIQUES

Personne placée sous main de justice (PPSMJ)

Personne confiée à l'administration pénitentiaire au titre d'une mesure judiciaire privative ou restrictive de liberté.

Cela inclut les prévenus (personne placée en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire dans l'attente de son jugement et personne jugée mais qui n'a pas épuisé ses voies de recours) et les condamnés (personne ayant fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive, les voies de recours étant épuisées).

N.B. : Une même personne peut être prévenue dans une affaire et condamnée dans une autre.

Personne écrouée

Personne placée sous écrou en raison d'une mesure judiciaire (titre de détention) hébergée ou non dans un établissement pénitentiaire.

L'écrou est l'acte par lequel est établie la prise en charge par l'administration pénitentiaire des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté (art. 725 du CPP). Par cet acte, le chef d'établissement atteste de la remise de la personne. À l'inverse, la levée d'écrou constate la fin de cette prise en charge. L'écrou ne peut se faire qu'au vu d'un titre de détention, document autorisant légalement l'incarcération (art. D. 149 du CCP).

Personne détenue/incarcérée

« *Personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire* » (art. D. 50 du CPP), la personne détenue ou incarcérée est hébergée de façon continue (à temps complet) ou discontinue (à temps incomplet) au sein d'un établissement pénitentiaire.

Personne libérée

Personne qui n'est plus incarcérée et dont l'écrou est levé car ayant fini d'exécuter sa peine.

N.B. : Ne pas confondre la mise en liberté (écrou levé) avec les sorties de détention sous aménagement de peine (où l'écrou subsiste). La personne libérée n'est en effet plus sous écrou, à la différence des personnes en aménagement de peine.

Cas particulier de la liberté conditionnelle où la personne est libre et n'est plus sous écrou mais qui n'a pas fini d'exécuter sa peine.

PERMISSIONS DE SORTIE ET AMÉNAGEMENTS DE PEINE

Permissions de sortie et autorisations de sortie sous escorte

Personne en permission de sortie

La permission de sortir est l'autorisation donnée à un condamné incarcéré de s'absenter de l'établissement pénitentiaire pendant une période déterminée pour se rendre en un lieu situé sur le territoire national (art. 723-3 et D. 142 du CPP).

Autorisation de sortie sous escorte

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

Aménagements de peine

Fractionnement ou suspension de la peine

L'exécution d'une peine peut être suspendue provisoirement ou fractionnée pour motif grave d'ordre médical, familial, professionnel ou social (art. 132-27 du CP et 720-1 du CPP).

Le fractionnement d'une peine s'entend en une possibilité pour le condamné d'exécuter sa peine sous forme de fractions, la suspension d'une peine comme une possibilité de différer dans le temps l'exécution de sa peine.

Placement extérieur sous surveillance de l'administration pénitentiaire

Le placement à l'extérieur sous surveillance du personnel pénitentiaire permet à une personne détenue condamnée de réaliser des travaux pour le compte d'une administration, d'une collectivité publique, d'une personne physique ou morale, sous la surveillance directe de l'administration (art. D. 126 et suivants du CPP).

Placement extérieur sans surveillance de l'administration pénitentiaire

Le placement à l'extérieur sans surveillance du personnel pénitentiaire permet à une personne détenue condamnée soit de travailler à l'extérieur, soit d'y suivre un enseignement, une formation professionnelle ou un traitement médical et ce, sans surveillance continue du personnel pénitentiaire (art. D. 136 du CPP).

Semi-liberté

La semi-liberté permet à une personne détenue condamnée, hors d'un établissement pénitentiaire et sans surveillance :

- d'exercer une activité professionnelle ;
- de suivre un enseignement ou une formation professionnelle ;
- d'assurer une participation essentielle à la vie de sa famille ;
- de bénéficier d'un traitement médical.

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

Placement sous surveillance électronique (PSE)

Le placement sous surveillance électronique fixe emporte pour le condamné l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge de l'application des peines en dehors des périodes fixées par celui-ci, afin que le condamné puisse suivre une activité professionnelle, un enseignement ou une formation, la vie de sa famille, ou un traitement médical (art. 132-26-2 et suivants du CP et art. 723-7 du CPP).

Le condamné porte à la cheville un « bracelet » qui, couplé à un récepteur placé au lieu d'assignation, permet à l'administration pénitentiaire de s'assurer à distance de sa présence en ce lieu aux heures déterminées par le juge.

N.B. : Il ne faut pas confondre avec le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) qui est une mesure non autonome de sûreté qui consiste, à la libération de certains condamnés, à les soumettre au port continu d'un dispositif électronique permettant de les localiser et de déterminer à tout moment où se trouvent les intéressés (art. R. 61-21 et suivants du CPP). Le PSEM se distingue du placement sous surveillance électronique « statique » (PSE), qui consiste à assigner une personne en un lieu précis, à des temps déterminés.

Libération conditionnelle

La libération conditionnelle est une mesure d'individualisation de la peine qui permet à un condamné d'être libéré, avant le terme de sa peine.

Les condamnés peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle s'ils manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale et lorsqu'ils justifient de l'exercice d'une activité professionnelle, d'un enseignement ou d'une formation, de la participation essentielle à la vie de leur famille, de la nécessité de suivre un traitement médical, de leurs efforts en vue d'indemniser leurs victimes ou de leur implication dans tout autre projet sérieux d'insertion ou de réinsertion (art. 729 du CPP).

TABLEAU RÉCAPITULATIF

	Situation juridique de la PPSMJ			
	Écrouée	Détenue		Libérée
		À temps complet	À temps incomplet	
Permission de sortie	OUI	OUI	NON	NON
Autorisation de sortie sous escorte	OUI	OUI	NON	NON
Fractionnement de la peine	OUI	NON	OUI	NON
Suspension de la peine	NON	NON		NON
Placement sous surveillance électronique	OUI	NON		NON
Semi-liberté	OUI	NON	OUI	NON
Placement extérieur sous surveillance AP	OUI	OUI	NON	NON
Placement extérieur sans surveillance AP	OUI	NON	OUI ¹	NON
Libération conditionnelle	NON	NON	NON	OUI

1. Hébergée en principe en établissement pénitentiaire (notamment en CPA) mais possibilité d'hébergement à l'extérieur.

ANNEXE IV

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

- AAH** : Allocation adulte handicapé
- ACOSS** : Agence centrale des organismes de sécurité sociale
- ACS : Aide complémentaire santé
- ACT : Appartement de coordination thérapeutique
- Al. : Alinéa
- AICS : Auteurs d'infractions à caractère sexuel
- ALD : Affection longue durée
- AM : Assurance maladie
- AME : Aide médicale d'État
- AMI : Acte médico-infirmier
- ANSP : Agence nationale de santé publique (Santé publique France)
- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
- AP : Administration pénitentiaire
- APA : Allocation personnalisée d'autonomie
- API : Alarme portative individuelle
- ARS : Agence régionale de santé
- Art.** : Article
- ARV : Anti rétroviraux
- ASE : Aide sociale à l'enfance
- ASH : Agent des services hospitaliers
- AT : Accident du travail
- ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- BCG : Bacille de Calmette et Guérin
- BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire
- CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
- CAF : Caisse d'allocations familiales
- Cass. : Cour de cassation
- CC : Code civil

CCAM : Classification commune des actes médicaux
CCAS : Centre communal d'action sociale
CE : Conseil de l'Europe
CE : Conseil d'État
CEL : Cahier électronique de liaison
CD : Centre de détention
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CG : Conseil général
CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CGSS : Caisse générale de Sécurité sociale
CH : Centre hospitalier
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIP : Conseiller en insertion professionnelle
CLAT : Centre de lutte contre la tuberculose
CME : Commission médicale d'établissement
CMU : Couverture maladie universelle
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNE : Centre national d'évaluation
CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé
COFIL : Comité de pilotage
COREVIH : Coordination régionale de lutte contre le VIH
CP : Code pénal
CP : Centre pénitentiaire
CPA : Centre pour peine aménagée
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPC : Code de procédure civile
CproU : Cellule de protection d'urgence
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP : Code de procédure pénale
CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CPU : Commission pluridisciplinaire unique
CRA : Centre de rétention administrative
CRAM : Caisses régionales d'assurance maladie
CRCI : Commission régionale de conciliation et d'indemnisation
CRIAVS : Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles
CRRRA : Centre de réception et de régulation des appels
CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSHPF : Conseil supérieur d'hygiène publique de France
CSL : Centre de semi-liberté

CSP : Code de la santé publique
CSS : Code de la Sécurité sociale
CTV : Comité technique des vaccinations
DAP : Direction de l'administration pénitentiaire
DACG : Direction des affaires criminelles et des grâces
DACS : Direction des affaires civiles et du Sceau
DAF : Dotation annuelle de fonctionnement
DIF : Délégation interministérielle à la famille
DIIESSES : Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale
DIRPJJ : Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse
DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires
DG : Directeur général
DGARS : Directeur général de l'agence régional de santé
DGAS : Direction générale de l'action sociale
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGGN : Direction générale de la gendarmerie nationale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGPN : Direction générale de la police nationale
DGS : Direction générale de la santé
DMP : Dossier médical personnel
DO : Déclaration obligatoire
DOM : Département d'outre-mer
DPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DPS : Détenu particulièrement signalé
DPU : Dotation de protection d'urgence
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.
DSJ : Direction des services judiciaires
DSP : Dispositif de soins psychiatriques
DSPMP : Dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire
DSS : Direction de la Sécurité sociale
DTPJJ : Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse
ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie
EOH : Équipe opérationnelle d'hygiène
EP : Établissement pénitentiaire
EPM : Établissement pour mineurs

EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPSM : Établissement public de santé mentale
EPSNF : Établissement public de santé national de Fresnes
ERIS : Équipe régionale d'intervention et de sécurité
ETP : Éducation thérapeutique du patient
FAM : Foyers d'accueil médicalisé
FFM : Forfait frais matériel
FJH : Forfait journalier hospitalier
FNES : Fédération nationale d'éducation pour la santé
FSI : Forces de sécurité intérieure
GDS : Garde des Sceaux
GHS : Groupe homogène de séjour
HAS : Haute Autorité de santé
HCSP : Haut conseil de santé publique
HdJ : Hospitalisation de jour
HPST : Hôpital patient santé territoire
IC : Indice de confiance
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGSJ : Inspection générale des services judiciaires
IIM : Infection invasive à méningocoque
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRC : Insuffisance rénale chronique
IREPS : Institut régional d'éducation et de promotion de la santé
IS : Injonction de soins
ISP : Inspection des services pénitentiaires
ISPJJ : Inspection des services de la protection judiciaire de la jeunesse
IST : Infections sexuellement transmissibles
ITT : Interruption temporaire de travail
IVG : Interruption volontaire de grossesse
JAP : Juge d'application des peines
JE : Juge des enfants
JLD : Juge des libertés et de la détention
JO : Journal officiel
LC : Libération conditionnelle
LOPJ : Loi d'orientation et de programmation pour la justice
LPP : Liste des produits et des prestations
MA : Maison d'arrêt
MARS : Médecin de l'agence régionale de santé
MAS : Maison d'accueil spécialisée

MC : Maison centrale
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MIGAC : Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MOM : Mission d'outre-mer
MP : Maladie professionnelle
MSP : Mission de service public
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
NIR : Numéro d'identification au répertoire
OMS : Organisation mondiale de la santé
OQOS : Objectif quantifié de l'offre de soins
PACS : Pacte civil de solidarité
PAD : Point d'accès au droit
PAI : Projet d'accueil individualisé
PCH : Prestation de compensation du handicap
PE : Placement extérieur
PEP : Parcours d'exécution des peines
PIP : Plan individuel de protection
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PMI : Protection maternelle et infantile
PPR : Programme de prévention de la récidive
PPSMJ : Personne placée sous main de justice
PRS : Projet régional de santé
PS : Permission de sortie
PSA : Antigène spécifique de la prostate
PSE : Placement sous surveillance électronique
PSEM : Placement sous surveillance électronique mobile
PSRS : Plan stratégique régional de santé
PUI : Pharmacie à usage intérieur
QD : Quartier disciplinaire
QM : Quartier mineur
RIS : Recueil information santé
RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RSA : Revenu de solidarité active
SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SEFIP : Surveillance électronique de fin de peine

SDFE : Service des droits des femmes et de l'égalité

SL : Semi-liberté

SMPR : Service médico-psychologique régional

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SpF : Santé publique France (Agence nationale de santé publique)

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSJ : Suivi socio-judiciaire

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SROMS : Schéma régional d'organisation médico-social

SRP : Schémas régionaux de prévention

TAP : Tribunal d'application des peines

TIAC : Toxi-infections alimentaires communes

TM : Ticket modérateur

TSO : Traitements de substitution aux opiacés

UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale

UMD : Unité pour malades difficiles

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VSL : Véhicule sanitaire léger

Ministère des Solidarités et de la Santé/Ministère de la Justice

Rédaction

Ministère des Solidarités et de la Santé/Ministère de la Justice

Direction générale de la santé

Direction de l'administration pénitentiaire

Direction générale de l'offre de soins

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Direction générale de la cohésion sociale

Direction de la Sécurité sociale

Édition et coordination

Direction générale de la santé

Délégation à l'information et à la communication – Bureau des éditions

Mise en page

Parimage

Maquette

Parimage

