



# STRATÉGIE SANTÉ DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE (PPSMJ)

AVRIL 2017



MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Direction générale de la santé  
Direction générale de l'offre de soins  
Direction générale de la cohésion sociale  
Direction de la sécurité sociale  
Direction de l'administration pénitentiaire  
Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

# STRATÉGIE SANTÉ DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE (PPSMJ)

AVRIL 2017

**Pour un programme pérenne d'actions visant à promouvoir la santé des personnes placées sous main de justice et à réduire les inégalités sociales de santé en agissant pendant la mesure judiciaire :**

- garantir aux PPSMJ un accès aux soins équivalent à la population générale ;
- limiter les facteurs de risque propres à la mesure et faire de celle-ci une opportunité d'amélioration de la santé globale des personnes ;
- contribuer à leur réinsertion.

# SOMMAIRE

<b>CONTEXTE</b>	5
1. Les personnes prises en charge par l'administration pénitentiaire	5
2. Les personnes prises en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse	6
3. Les orientations stratégiques	7
<b>FICHE POUR LE PILOTAGE DE LA STRATÉGIE</b>	8

## AXE 1

<b>Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice</b>	11
---	----

## AXE 2

<b>Développer la promotion de la santé des personnes placées sous main de justice tout au long de leur parcours</b>	12
1. Faire de la promotion de la santé un fondement de l'action en santé	12
2. Créer des environnements favorables	13
3. Renforcer la capacité d'agir et la participation effective des personnes, notamment pour leur santé	14
4. Favoriser le développement des aptitudes individuelles	15
5. Améliorer l'accès à la prévention et aux soins	15

## AXE 3

<b>Poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages des PPSMJ</b>	16
1. Favoriser les dépistages et repérages notamment à l'entrée en détention	16
2. Favoriser les dépistages et repérages des PPSMJ non détenues	17

## AXE 4

<b>Améliorer l'accès aux soins des PPSMJ détenues</b>	18
1. Garantir l'accès aux soins des PPSMJ détenues	18
2. Mieux organiser la permanence des soins	21
3. Garantir à toutes les personnes placées sous main de justice l'effectivité de leur accès rapide à la protection sociale	21
4. Garantir le respect des droits des PPSMJ en tant qu'usagers du système de santé	21
5. Renforcer les soins en adéquation avec les obligations relatives à l'infraction commise	22

## AXE 5

<b>Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice</b>	23
1. Organiser la continuité de la prise en charge sociale et sanitaire	23
2. Renforcer l'accompagnement à l'accès aux droits et la préparation à la sortie	24

## AXE 6

<b>Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie de santé des PPSMJ</b>	25
1. Mettre à la disposition des professionnels (santé/justice) des outils de partage permettant une acculturation réciproque aux missions de chacun	25
2. Valoriser les expériences de terrain innovantes et les équipes à leur initiative, et favoriser leur diffusion	26
3. Valoriser et rendre attractives les carrières professionnelles	26

## GLOSSAIRE

27

# CONTEXTE

La mention « sous main de justice » concerne les populations suivantes : les personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire (personnes détenues, personnes en aménagement de peine et personnes suivies au titre d'une mesure de milieu ouvert), ainsi que l'ensemble des mineurs et jeunes majeurs suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse et appelés dans ce document « jeunes sous protection judiciaire », qu'ils soient détenus, placés ou suivis au titre d'une mesure de milieu ouvert. Pour les personnes mineures, toute action ou prise en charge se fera dans le respect de l'exercice de l'autorité parentale.

## 1. LES PERSONNES PRISES EN CHARGE PAR L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, 237 799 personnes étaient prises en charge par l'administration pénitentiaire, dont environ 161 198 personnes suivies en milieu ouvert et 76 601 personnes sous écrou.

185 établissements pénitentiaires accueillent les personnes détenues : 83 maisons d'arrêt, 11 centres de semi-liberté, 6 maisons centrales, 26 centres de détention, 53 centres pénitentiaires et 6 établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs.

Au 1<sup>er</sup> décembre 2016, sur 79 581 personnes écrouées, 69 012 sont en détention, dont 5 128 en outre-mer et 10 569 sont « écrouées non hébergées », dont 511 en outre-mer. Par ailleurs, sur les 69 012 personnes en détention, 49 087 sont des personnes condamnées et 19 925 en attente de jugement (prévenues). Le pourcentage de femmes parmi les personnes détenues s'élève à 3,2 % (2 293/69 012) en métropole comme en outre-mer (170/50 95).

Les personnes placées sous main de justice, particulièrement les personnes détenues et bien qu'il s'agisse d'une population relativement jeune, cumulent un certain nombre de surexpositions aux risques en santé, préexistant généralement à leur entrée en détention, et/ou déclenchés ou majorés par l'incarcération elle-même. Cette surreprésentation de certaines pathologies, notamment mentales et infectieuses, tient essentiellement à l'importance relative des catégories sociales défavorisées accueillies en détention. Les addictions (alcool, tabac, drogues, etc.) et leurs conséquences, la souffrance psychique et les actes auto-agressifs, les pathologies psychiatriques, bucco-dentaires, infectieuses, chroniques, y sont plus fréquents qu'en population générale. C'est ainsi que, par exemple, les prévalences des infections à VIH ou à VHC sont 6 fois plus élevées qu'en population générale (hommes et femmes confondus). Pour la santé mentale, plus de la moitié des personnes détenues en France ont des antécédents psychiatriques avant leur entrée en détention, une sur 6 a déjà été hospitalisée en psychiatrie. Les troubles psychotiques en détention ont une prévalence 5 à 10 fois plus importante qu'en population générale, les dépressions majeures sont multipliées par 4. Le taux de suicide des hommes incarcérés majeurs est 7 fois supérieur à la moyenne nationale (autour de 15/10 000 en détention, contre moins de 2 pour 10 000 en population générale).<sup>1</sup>

Les personnes détenues âgées de 50 ans et plus représentent 11 % de la population carcérale. Même si elles restent minoritaires, elles présentent des problématiques sanitaires spécifiques et complexes nécessitant une prise en charge particulière. Enfin, la population carcérale, à l'instar de la population générale, vieillit et les conséquences du vieillissement en détention, concernant notamment la perte d'autonomie, doivent être anticipées.

1. Institut de veille sanitaire – État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger : [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=9520](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9520).

L'état de santé des personnes placées sous main de justice et suivies en milieu ouvert n'est pas spécifiquement connu. Il apparaît néanmoins que leurs déterminants de santé ne sont pas foncièrement différents de ceux des personnes incarcérées (précarité sociale : altération des liens familiaux, absence de logement stable, faible niveau scolaire, absence de travail, etc.). La qualité de leur accès effectif au dispositif de soins et de protection sociale de droit commun n'est pas connue.

Ce public représentant plus des deux tiers des personnes suivies par l'administration pénitentiaire, il nécessite le développement d'une stratégie de santé spécifique.

---

## 2. LES PERSONNES PRISES EN CHARGE PAR LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) «est chargée, dans le cadre de la compétence du ministère de la Justice, de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre» (décret du 9 juillet 2008).

La direction de la protection judiciaire de la jeunesse assure entre autres missions :

- ▶ La mise en œuvre des décisions des tribunaux pour enfants dans des établissements et services de placement et de milieu ouvert du secteur public ou du secteur associatif habilité.
- ▶ Le suivi éducatif des détenus en quartier pour mineurs ou en établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs (EPM).
- ▶ Au quotidien, les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse mènent une action éducative au bénéfice des jeunes, avec notamment pour objectif leur insertion sociale, scolaire et professionnelle.

Si 137829 jeunes ont été suivis au cours de l'année 2015, **au premier janvier 2016, 55 294** jeunes étaient présents dans les établissements, services et unités éducatives des secteurs public et associatif de la PJJ.

Parmi ceux-ci **20 649** font l'objet d'une mesure d'investigation (Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative (MJIE) ou Recueil de Renseignements Socio-Éducatifs (RRSE)) :

- 2 183 font l'objet d'un placement judiciaire :
  - 1 072 en foyer traditionnel,
  - 118 en Centre éducatif renforcé (CER),
  - 448 en Centre éducatif fermé (CEF),
  - 68 en lieux de vie,
  - 167 en hébergement individualisé,
  - 331 en famille d'accueil ;
- 35 712 sont suivis en milieu ouvert.

Par ailleurs, **708** étaient effectivement détenus au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les jeunes pris en charge par la PJJ sont plus vulnérables que leurs pairs des mêmes tranches d'âges, sur le plan social, comportemental et sanitaire<sup>2</sup>.

Si la période de l'adolescence est globalement l'âge de la bonne santé, elle constitue néanmoins une période de vulnérabilité psychique, d'adoption de comportements défavorables à la santé et de prises de risque. Elle est ainsi une période clé pour prévenir l'installation des inégalités sociales de santé.

Pour ces jeunes parfois difficilement accessibles en dehors de la prise en charge judiciaire, cette prise en charge peut constituer une opportunité de travailler à l'amélioration de leur état de santé par le biais notamment de l'accompagnement et de la relation éducative, ainsi que de l'accompagnement vers les dispositifs de prise en charge ou de prévention de droit commun.

---

2. Choquet M., Hassler C. et Morin D. *Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après*, DPJJ, Ministère de la Justice / INSERM, Paris : La documentation Française ; 2005. Et Choquet LH et al. *Retraitement*, 2011.

### 3. LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Le plan d'actions stratégiques 2010/2014 « politique de santé pour les PPSMJ » a lancé une dynamique positive et permis des résultats notables. Le rapport d'évaluation du plan élaboré par une mission IGAS/IGSJ saisie le 25 mars 2015 conjointement par les ministres en charge de la Justice et de la Santé, le rapport d'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire par l'autorité judiciaire, les travaux de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté et les divers rapports associatifs relatifs à la santé en détention constituent les bases de la réflexion menée pour l'élaboration de ce programme d'actions stratégiques piloté par le ministère en charge de la santé, intitulé « stratégie santé des PPSMJ ».

Cette stratégie a vocation à poursuivre et renforcer la dynamique engagée depuis 2010, en s'attachant à définir de nouvelles priorités, qui prennent en compte la Stratégie Nationale de Santé, la place majeure de la prévention et de l'innovation en santé et les déclinaisons de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, notamment ses articles concernant le dépistage à l'entrée en détention, la réduction des risques et des dommages ou l'encadrement stricte des mesures de contention ou d'isolement, ainsi que les nouvelles dispositions de la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales (aménagement de peine pour raison médicale). Elle s'attache à prendre en compte les nouveaux enjeux de société, la spécificité des publics placés sous main de justice (femmes incarcérées, personnes âgées et personnes en situation de handicap, etc.) et/ou des territoires, notamment d'outre-mer.

Elle intègre désormais l'ensemble des jeunes pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse, et non les seuls détenus.

En outre, elle prend en compte les thématiques de santé identifiées comme prioritaires pour cette population : la lutte contre les addictions, la prévention du suicide et plus généralement contre les conduites à risque, la réduction des risques et des dommages, le travail sur les déterminants sociaux et environnementaux de santé (particulièrement pertinents en détention), le développement de la promotion de la santé, l'amélioration des « parcours », notamment dans les situations de handicap ou de perte d'autonomie, durant l'incarcération et au-delà.

La mise en œuvre s'appuiera sur un ensemble d'instances de pilotage, de coordination et de suivi et sur une implication forte des Agences Régionales de Santé dans la déclinaison territoriale des actions élaborées dans cette stratégie.

En milieu carcéral, malgré des améliorations déjà notées sur le dépistage et le soin, l'équivalence de principe avec le milieu libre dans la prise en charge de la personne détenue reste encore un objectif à atteindre.

L'objectif général de la stratégie proposée vise à promouvoir la santé des personnes placées sous main de justice selon la définition de l'OMS<sup>3</sup> :

- en évaluant les besoins de santé des PPSMJ et en identifiant les ressources permettant d'y répondre ;
- en améliorant le repérage des troubles de santé et des risques qui leur sont liés ;
- en garantissant aux PPSMJ un accès aux soins équivalent à celui de la population générale ;
- en développant une démarche intégrée de promotion de la santé<sup>4</sup> à destination des PPSMJ ;
- en favorisant la coordination des acteurs concernés, sanitaires, pénitentiaires et judiciaires ainsi que du secteur social et médico-social, nécessaire à la mise en œuvre de ces actions.

3. Définition OMS - « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. »

4. Cf. Charte d'Ottawa ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)) et démarche PJJ promotrice de santé (Note de lancement de la PJJ promotrice de santé, DPJJ, 1<sup>er</sup> février 2013).

## FICHE POUR LE PILOTAGE DE LA STRATÉGIE :

### MAINTENIR UNE DYNAMIQUE APPUYÉE DE COLLABORATION SANTÉ-JUSTICE À TRAVERS UN PROGRAMME D' ACTIONS PÉRENNE PILOTÉ PAR LE MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

La mise en œuvre du programme d'actions relatif à la stratégie de santé des PPSMJ nécessite de déterminer les modalités de son pilotage.

Un des premiers constats fait par la mission IGAS/IGSJ à l'issue de son évaluation du Plan 2010-2014 « PPSMJ » est que la dynamique de collaboration santé-justice, saluée tant au niveau institutionnel qu'au niveau local, s'appuyait sur un pilotage solide par le ministère chargé de la santé. Ce pilotage doit être poursuivi.

Le pilotage de la stratégie s'organisera sur les 3 niveaux suivants :

Le Comité interministériel Santé/Justice dans son rôle d'instance politique de référence pour le suivi de la stratégie, dont l'avancée lui sera présentée lors des réunions annuelles au cours desquelles il sera habilité à demander des orientations nouvelles.

Un comité de suivi présidé par le DGS, composé des directions centrales des ministères de la santé et de la justice, de représentants des ARS, DISP, DIRPJJ et de représentants d'associations de professionnels et d'associations représentant la société civile. Cette instance, qui se réunit au moins deux fois par an, est informée des travaux des groupes de travail thématiques et de l'avancement global de la mise en œuvre de la stratégie. Elle est consultée sur les priorités d'actions à mener.

La mise en œuvre opérationnelle sera suivie par une équipe projet interministérielle, coordonnée par un chef de projet positionné à la DGS : cette équipe projet sera chargée d'organiser les travaux de déclinaison des axes de la stratégie en actions, de proposer au comité de suivi les priorités d'actions, de suivre leur déclinaison régionale et leur évaluation. Elle rendra compte au comité de suivi.

Afin de construire les actions susmentionnées, l'équipe projet mettra en place des groupes de travail impliquant les DAC, les ARS, les DISP, les DIRPJJ et les acteurs de terrain et experts sur les sujets traités.

La mise en œuvre des actions sera déléguée aux régions au travers des ARS, des DISP et des DIRPJJ.

L'équipe projet santé-justice, coordonnée par le chef de projet, est chargée dans une démarche « projet » :

- de coordonner les échanges :
  - avec les directions et agences du MASS concernées : DGS, DGOS, DGCS, DSS et ANSP,
  - avec les ARS,
  - avec les directions du ministère de la Justice concernées : DAP, DPJJ, DACG,
  - avec la MILDECA ;
- de mettre en place et de piloter les groupes de travail thématiques réunissant les différentes parties prenantes (dans lesquels sont agrégés des « experts » et professionnels de terrain) mobilisés en fonction des besoins jugés prioritaires.

- de définir les modalités d'un pilotage régional des actions (équipe projet interrégionale, pilotage, modalités de travail) ;
- de planifier le suivi, avec la définition d'indicateurs de processus et l'évaluation, en partenariat avec le Haut Conseil de Santé Publique, avec notamment le choix d'indicateurs d'impact.

La coordination des acteurs institutionnels est une priorité pour la mise en œuvre :

- à l'interface national/régional, par l'animation pour la déclinaison régionale de réunions nationales régulières (au moins 1 fois par an) DISP/ARS, DIRPJJ/ARS, à l'initiative de l'équipe projet et des administrations centrales santé/justice ;
- au niveau régional, par l'animation régulière des commissions régionales santé-justice et des comités de coordination des établissements pénitentiaires, en intégrant la nouvelle géographie des régions et le « pacte territoire santé ». À titre d'exemple : l'adoption de projets territoriaux de santé mentale incluant la spécificité carcérale ou l'intégration au plan santé jeunes des ARS de la démarche PJJ promotrice de santé.

La prise en compte régulière de l'expérience des acteurs de terrain est incontournable :

- à travers leur participation aux groupes de travail thématiques, notamment ceux chargés de l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge de la santé des PPSMJ, ou pour la PJJ, ceux chargés de la création ou de la rénovation d'outils de promotion de la santé (guides techniques, guides d'entretien, outils éducatifs) ;
- en soutenant les actions nationales ou locales d'échanges de pratiques professionnelles (congrès, rencontres, journées nationales annuelles PJJ promotrices de santé, etc.), lieux de débat d'où peuvent émerger les priorités à traiter, en associant en tant que de besoin les acteurs du secteur médico-social ;
- en favorisant des formations partagées.

### Groupes de travail thématiques (GT) :

Compte tenu des axes prioritaires définis dans la stratégie, il est nécessaire d'installer au moins 5 groupes de travail (GT) reprenant les thématiques définies par ces axes. Les GT doivent être constitués de moins de 10 personnes et comprendre systématiquement des professionnels de santé exerçant en prison. Ces GT peuvent auditionner en tant que de besoin des experts. Les GT élaborent leurs objectifs en lien avec le mandat qui leur est confié par l'équipe projet, mandat lui-même en rapport avec les priorités définies dans la stratégie et les actions évoquées au cours de l'élaboration de la stratégie. Ils rendent compte régulièrement de l'avancée de leurs travaux et remettent aux membres de l'équipe projet les livrables préalablement définis dans le cadre de leur mission. En fonction de l'actualité, ils peuvent être saisis de sujets nouveaux, jugés prioritaires.

- **GT « mieux connaître l'état de santé des personnes détenues »**

- Pilotage DGS-ANSP

*Participants* : Professionnels de santé, DGOS, DGCS, DREES, DAP, DPJJ, ARS, INSERM.

- **GT « promotion de la santé »**

- Pilotage DGS-DAP/DPJJ-Professionnels de santé

*Participants* : DIRPJJ, ARS, DSS, ANSP, Associations

Création d'un sous-groupe pour le secteur médico-social piloté par la DGCS/CNSA et incluant des professionnels de santé, la DAP, les ARS, les MDPH et les Conseils départementaux.

- **GT « repérage et dépistage (risques suicide, infectieux, addictions, bucco-dentaire, fragilité/handicap) »**
  - Pilotage DGS- Professionnels de santé
  - Participants* : DGCS, CNSA, DGOS, DAP, DPJJ, ARS, MILDECA, Associations.
  
- **GT « accès aux soins et continuité des soins (MIG, attractivité, UHSA, télémédecine, extractions médicales, UHSI, continuité et permanence des soins) »**
  - Pilotage DGOS- Professionnels de santé
  - Participants* : DAP, DPJJ, DSS, DGS, ARS, représentant des directeurs d'établissements porteurs d'unité sanitaire.
  
- **GT « bonnes pratiques professionnelles (formations, guide méthodologique, échanges, droits du patient...) »**
  - Pilotage DGOS-DAP-Professionnels de santé- Personnels pénitentiaires
  - Participants* : DGS, DPJJ, DGCS, EHESP, ENAP, ENPJJ, ARS, Ordres.

**C'est en effet par un dialogue constructif régulier avec les acteurs de terrain, dans le respect des compétences et missions de chacun, qu'en complément du suivi et de l'évaluation des actions, pourront être envisagées par l'équipe projet les adaptations, corrections et évolutions nécessaires de la déclinaison opérationnelle de la présente stratégie.**

## **Axe 1 Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice**

À l'heure où s'ouvre l'accès aux données de santé rendu possible par la Loi de modernisation de notre système de santé, il est impératif d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes placées sous main de justice. Afin de préciser les moyens nécessaires à l'organisation des soins aux PPSMJ et à l'amélioration de leur état de santé, les besoins en matière de santé des personnes concernées doivent en effet être précisés. Le rapport d'inspection IGAS/IGSJ du plan 2010-2014 relatif à la santé des PPSMJ a souligné la nécessité de disposer de nouvelles données sur l'état de santé des personnes détenues : les études disponibles sont souvent trop anciennes et les actions en faveur de la santé de ces personnes ne peuvent être rendues effectives sans une actualisation régulière de ces données.

**Des priorités sont fixées en la matière, à décliner en actions, en particulier avec l'Agence nationale de santé publique :**

- la mise en place par étapes, sur cinq ans, d'une surveillance épidémiologique et d'études portant sur la santé, somatique et mentale, des personnes placées sous main de justice, reposant :
  - en premier lieu sur des enquêtes transversales répétées et des enquêtes longitudinales analysant les déterminants de santé, étudiant les questions relatives aux situations de handicap et de perte d'autonomie et documentant le parcours de santé des personnes tout au long de leur détention,
  - également sur les enquêtes nationales déclinées en détention,
  - et enfin, en fonction des systèmes d'informations disponibles et de leur interopérabilité, sur un dispositif de surveillance national <sup>5</sup>.Même si la population des personnes détenues est prioritaire dans cette surveillance, les personnes placées sous main de justice en milieu ouvert et les personnes sortant de détention, ainsi que l'ensemble des jeunes sous protection judiciaire<sup>6</sup> doivent aussi être pris en compte ;
- le recueil systématique d'éléments de contexte épidémiologique pour chaque décès intervenu en détention ;
- l'actualisation de l'observatoire des structures de soins aux détenus (OSSD) en fonction des évolutions et des nouveaux besoins. Il s'agira de :
  - faire évoluer l'architecture actuelle du dispositif de recueil de données afin de le rendre plus souple et plus simple d'utilisation,
  - enrichir le contenu des données recueillies afin de mieux prendre en compte les nouveaux besoins exprimés par les utilisateurs.

5. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=12125](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12125)

Godin Blandeau E, Verdout C, Develay AE. *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 94 p.

6. La dernière enquête épidémiologique portant sur les jeunes pris en charge par la DPJJ, est ancienne : Choquet M., Hassler C. et Morin D. *Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après*, DPJJ, Ministère de la Justice / INSERM, Paris : La documentation Française ; 2005.

## **Axe 2 Développer la promotion de la santé des personnes placées sous main de justice tout au long de leur parcours**

Au-delà d'une équivalence d'accès aux soins, il est primordial que la promotion de la santé des PPSMJ, notamment détenues, soit portée en travaillant sur les déterminants de santé accessibles et que l'amélioration effective de l'état de santé globale soit recherchée.

Si l'ensemble de la stratégie Santé «PPSMJ» contribue à promouvoir la santé, les 5 axes de la charte d'Ottawa sont développés ici pour structurer les actions à mener plus particulièrement en matière de prévention. Pour les rendre efficaces, l'OMS recommande que les stratégies d'actions s'inscrivent dans l'ensemble de ces 5 axes. Il s'agit :

- d'élaborer au sein du domaine judiciaire, où se trouvent placées les personnes, en détention ou en milieu ouvert, des politiques favorables à la santé (dans les domaines aussi variés que l'hébergement, l'hygiène, la nutrition...);
- de créer des environnements favorables, relationnels comme physiques ;
- de renforcer la capacité d'agir et la participation effective des personnes ;
- de permettre aux personnes d'acquérir des aptitudes individuelles, et notamment des compétences psychosociales ;
- d'orienter au mieux vers les services de santé et d'en améliorer l'accès pour répondre aux besoins spécifiques des personnes.

Cette démarche cherche non seulement à améliorer la santé des personnes, mais aussi à engager une dynamique contribuant à leur réinsertion sociale et à l'élaboration d'un projet éducatif pour les mineurs, puisque la santé globale est une des ressources de la vie. Outre les personnes elles-mêmes et leurs proches, de nombreux acteurs peuvent y être associés pour y contribuer : l'administration pénitentiaire, la protection judiciaire de la jeunesse, les professionnels issus des champs sanitaires, éducatifs, médico-sociaux, les associations...

---

### **1. FAIRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ UN FONDEMENT DE L'ACTION EN SANTÉ**

Il faut noter qu'une approche de promotion de la santé en milieu pénitentiaire comme dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse doit avoir un impact sur les personnes détenues et les jeunes suivis, mais peut également avoir un effet bénéfique sur l'ensemble des professionnels concernés, à condition que la direction de l'établissement ou du service soit porteuse de la dynamique.

- Il est nécessaire de garantir une prise en compte formalisée des enjeux de prévention en prévoyant systématiquement un point prévention lors des comités de coordination santé/justice avec l'ARS.

► Les directions des établissements ou services de l'administration pénitentiaire, de la protection judiciaire de la jeunesse et du secteur sanitaire doivent être porteurs de la démarche de promotion de la santé.

► En détention, cette dynamique doit être construite et portée par l'unité sanitaire qui jouera pleinement son rôle d'animation et de coordination au sein de l'établissement entre les différents acteurs (services psychiatriques, CSAPA, CAARUD, associations, etc.) en créant au sein de chaque établissement un Comité de pilotage de promotion de la santé.

---

## **2. CRÉER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES**

Qu'il s'agisse de personnes placées en détention ou en milieu ouvert, de mineurs, de jeunes majeurs, de majeurs, toutes doivent bénéficier d'un environnement favorable dans chaque unité/service/établissement grâce à une prise en compte :

- des conditions générales de vie, qui devraient, dans la mesure du possible et en fonction des contraintes propres à chaque établissement :
  - favoriser l'exercice physique et les sorties à l'air libre,
  - permettre une alimentation de base équilibrée et adaptée à l'âge (jeunes, personnes âgées, etc.) comme aux éventuels problèmes de santé (métaboliques, maigreur ou surpoids, allergies, etc.),
  - favoriser des relations de respect mutuel avec les personnels, le maintien de liens soutenant avec les proches,
  - rendre accessibles les ressources (professionnels de l'unité sanitaire, activités, groupes de paroles, cantinage...),
  - développer la prévention de la perte d'autonomie, en s'appuyant sur les orientations du Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015, par exemple en améliorant l'accès des personnes détenues souffrant de maladies chroniques à des activités physiques adaptées ;
- du bien-être des professionnels (partage de valeurs positives, locaux adaptés et sûrs, organisation du travail) ;
- des compétences et pratiques professionnelles : rédaction de référentiels de pratiques professionnelles santé/justice dans les différents champs spécifiques de la stratégie concernés par la promotion de la santé (repérage et prévention des conduites addictives, organisation des soins pénalement ordonnés, prise en charge des AICS, prise en charge des personnes détenues en perte d'autonomie ou/et relevant d'un aménagement de peine pour raison médicale).

Le tabagisme en détention mérite une attention particulière : la « relative tolérance au tabagisme en prison », admise comme un moindre mal au regard d'une situation de fait (quasi impossibilité de l'encellulement individuel en maison d'arrêt par exemple), doit cesser dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme. Il convient de protéger du tabagisme passif les personnes détenues et les personnels de l'établissement mais également favoriser les démarches et aides au sevrage. Les actions tiendront compte des expérimentations déjà menées dans certains établissements pénitentiaires et dans les autres pays européens.

### Illustration d'une action agissant sur les environnements favorables. Exemple :

Les conduites addictives sont prévalentes chez les personnes détenues. Elles impactent leur état de santé et constituent un facteur de récidive. Les modalités de prise en charge sont diverses et doivent offrir aux personnes détenues la possibilité de s'engager dans un processus de maintien de l'abstinence du produit consommé. Afin de garantir aux personnes volontaires un environnement favorable à l'atteinte de cet objectif, l'administration pénitentiaire promeut le développement des unités de réhabilitation pour usagers de drogues en milieu carcéral (URUD) inscrit au plan gouvernemental de la MILDECA. Ce dispositif est en cours de développement et d'évaluation au centre de détention de Neuvic (Dordogne). Le CSAPA référent et l'unité sanitaire offrent une prise en charge sanitaire renforcée visant à prévenir le risque de rechute de la conduite addictive. Le SPIP organise la prise en charge visant à prévenir le risque de récidive. L'établissement pénitentiaire propose un cadre et un environnement adaptés en coordination avec l'ensemble des acteurs. Ce dispositif a vocation à être reproduit dans chaque inter région.

## 3. RENFORCER LA CAPACITÉ D'AGIR ET LA PARTICIPATION EFFECTIVE DES PERSONNES, NOTAMMENT POUR LEUR SANTÉ

► Dans le cadre d'actions de prévention globale ayant un impact sur la santé. Exemple :

Deux actions illustrent bien le concept d'un projet d'établissement qui intègre la dimension santé dans une perspective d'intervention globale : au centre de détention de Oermingen, et à celui de Salon-de-Provence, dans le cadre d'un appel à projets porté par l'Agence nationale de santé publique - Santé Publique France.

- Le premier concerne un dispositif de prise en charge et d'accompagnement des conduites addictives « mieux vivre sa détention », et comprend une série de mesures complémentaires (ex : poulailler éducatif, sorties VTT, relaxation, etc.) qui contribuent à impliquer les personnes détenues dans la vie en détention et au-delà.
- Le deuxième concerne un projet original pluri-thématique abordant les questions de sport, alimentation, sevrage tabagique, etc. et lutte contre les replis (isolement volontaire) avec intervention de médiation animale (canine).
- Les deux mobilisent fortement les dynamiques partenariales, de formation et d'information mutuelles entre acteurs, qui améliorent les relations tant auprès des personnes détenues qu'auprès des surveillants qui retrouvent du sens à leur mission.

► En collaborant à des actions de prévention adossées à des dynamiques locales. Exemple :

Toujours dans le cadre du même appel à projets, un projet novateur porté par Médecins du monde à la maison d'arrêt des femmes et au centre de détention de Nantes, procède d'une approche « communautaire » inédite jusque-là en détention, mais prometteuse dès lors que le soutien de la direction ne se dément pas (l'approche communautaire pose pour principe que les bénéficiaires de l'action participent aux prises de décisions... – actuellement après un démarrage difficile, des personnes détenues « relais » libérées seraient prêtes à retourner en prison comme intervenants bénévoles, ce qui n'est pas encore réglementairement possible).

► Dans le cadre général de la prise en charge par la protection judiciaire de la jeunesse<sup>7</sup> :

- **favoriser la participation des parents** : identifier les parents comme ressource en valorisant leurs compétences dans l'ensemble des aspects de la prise en charge, respecter et soutenir les prérogatives parentales vis-à-vis de la santé-bien-être de l'enfant ;

7. Note de lancement de la PJJ promotrice de santé, DPJJ, 1<sup>er</sup> février 2013, Note de cadrage et document technique, 27 décembre 2013, et Note de renouvellement 2017-2021, 1<sup>er</sup> février 2017.

- **favoriser la participation des jeunes** : présenter au jeune son champ d'action et de responsabilité au sein de l'unité, l'impliquer dans la prise en compte de sa santé-bien-être en l'amenant à exprimer ses besoins et repérer ses ressources, favoriser son soutien par ses pairs, l'engager dans des actions de solidarité (action humanitaire, de développement durable, citoyenneté) ;
- **accompagner la participation** en privilégiant les partenaires qui interviennent en ce sens, fournir des outils aux professionnels et favoriser leur propre participation à la vie institutionnelle.

---

#### **4. FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES APTITUDES INDIVIDUELLES**

- ▶ L'ensemble des programmes de formation professionnelle ou de réinsertion conçus en dehors du champ sanitaire strict sont les principales occasions de développement des aptitudes individuelles et contribuent de ce fait à la santé globale.
- ▶ De même, l'engagement dans des activités diversifiées, sportives, de solidarité, de programmes culturels et artistiques ou de formation, et l'action éducative en général développée pour tous les jeunes sous protection judiciaire, permettent le développement des compétences psychosociales cognitives, émotionnelles et relationnelles.
- ▶ Des actions plus spécifiques portant sur des thématiques de santé sont essentielles également : programmes d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique.

---

#### **5. AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS**

- ▶ Développer en milieu pénitentiaire la politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) liés à l'usage de drogues, en application de l'article 41 de la loi du 26 janvier 2016, qui pose le principe de l'application de la politique de RDRD dans des conditions adaptées au milieu pénitentiaire.
- ▶ En milieu ouvert, renforcer la collaboration avec les structures de dépistage, prévention, de RDRD et de prise en charge (CSAPA, CAARUD, CJC, Organismes de planification familiale, CeGIDD..) afin de faire bénéficier les personnes non détenues de l'approche repérage et dépistage.
- ▶ Une attention particulière doit être portée sur la facilitation de l'accès de tous les jeunes sous protection judiciaire à un bilan de santé complet, adapté à ce public et cohérent avec l'approche de promotion de la santé. Les centres d'examen de santé de l'assurance maladie sont les premiers partenaires.

## Axe 3 Poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages des PPSMJ

La population carcérale cumule un certain nombre de facteurs défavorables à la santé. Que l'incarcération soit courte ou longue, elle doit être mise à profit pour réaliser un bilan de santé systématique d'entrée et une prise en charge qui soit adaptée à chaque situation individuelle. La population sous main de justice suivie hors détention doit également pouvoir bénéficier d'actions de repérage et de dépistage similaires.

### 1. FAVORISER LES DÉPISTAGES ET REPÉRAGES NOTAMMENT À L'ENTRÉE EN DÉTENTION

L'examen médical des personnes détenues lors de leur incarcération est prévu par les articles R.6112-19 du code de la santé publique et R.57-8-1 du code de procédure pénale. Une consultation est donc généralement programmée dans la semaine qui suit l'arrivée en détention. Le bilan initial et la prise en charge offerte par la suite ne doivent pas présenter de disparités en fonction du lieu de détention.

Un bilan médical d'entrée est proposé systématiquement à la personne détenue. Cette consultation, qui peut être différée ou complétée ultérieurement selon les cas, doit être approfondie et aborder nécessairement les cinq thématiques prioritaires suivantes visant à :

- **diminuer le risque suicidaire** : la question du suicide, dont la fréquence est multipliée par 7 par rapport à la population générale, reste prioritaire. L'amélioration du repérage passe par des évaluations, une série d'outils ou dispositifs facilitant l'échange d'informations, permettant aussi une vigilance partagée. L'administration pénitentiaire, la protection judiciaire de la jeunesse et les juridictions participent pleinement, en coordination avec les équipes sanitaires, au repérage de la crise suicidaire. Une coordination des différents professionnels est indispensable afin que des actions adaptées soient conjointement mises en œuvre ;
- **maîtriser le risque infectieux** : les dépistages concernant les infections virales chroniques transmissibles (VIH, VHC, VHB) sont généralement proposés à l'entrée, mais des disparités existent selon les établissements quant à leur effectivité (93 % réalisés à l'entrée selon l'enquête Prévacar 2010 et seulement 50 % de renouvellement de proposition de ces dépistages au cours de l'incarcération). Il convient donc de développer les occasions de repérage complémentaires, notamment par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) (dont VHC), et savoir renouveler les tests de dépistage à d'autres moments clé de l'incarcération. Les autres infections sexuellement transmissibles, dans le cadre d'une démarche de réduction des risques liés à la sexualité et la tuberculose doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière aux différents temps du parcours des PPSMJ ;
- **améliorer le repérage systématique des addictions, prévenir les conduites addictives durant l'incarcération** : déjà inscrit dans la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire, et dans l'instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, ce repérage élargi aux médicaments psychotropes est dorénavant inscrit dans l'article 44 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : un bilan de santé « relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac » doit être

proposé à la personne entrant en détention. Dans ce champ, le plan gouvernemental MILDECA soutient des actions pilotes menées par la DAP. Exemple :

Un projet expérimental sur le repérage des conduites addictives en prison est en cours de mise en œuvre avec la Fédération Addiction, et en partenariat avec les associations de professionnels (APSEP/ASPMP), ainsi que la Direction de l'Administration Pénitentiaire. Il concerne 3 établissements pénitentiaires pilotes et combine un certain nombre de phases successives depuis la réalisation d'un diagnostic initial dans chaque établissement pilote, jusqu'à la diffusion et l'accompagnement de supports d'auto-formation auprès de l'ensemble des professionnels intervenant en détention. Une évaluation est prévue, qui doit permettre d'adapter les dispositifs, en fonction notamment des spécificités locales et de l'analyse des points forts et points faibles du projet.

- **améliorer le dépistage bucco-dentaire** : l'amélioration de l'état bucco-dentaire, marqueur de santé et marqueur social, est une condition autant de la bonne santé que de la réinsertion future ;
- **améliorer le repérage des situations de handicap, de fragilité ou de perte d'autonomie des personnes détenues** : ce repérage, le plus précoce possible, est nécessaire pour mettre en place les interventions les plus adaptées à la situation des personnes.

---

## 2. FAVORISER LES DÉPISTAGES ET REPÉRAGES DES PPSMJ NON DÉTENUES

Il n'est pas rare que les personnes placées sous main de justice alternent des périodes de suivi en milieu ouvert avec des périodes d'incarcération. Les jeunes sous protection judiciaire sont minoritairement détenus.

L'incarcération ne doit pas être le seul moment où une personne placée sous main de justice accède à des dispositifs de dépistage et de repérage de troubles de santé.

Des actions spécifiques sont mises en place pour favoriser le dépistage et le repérage de problèmes de santé chez les PPSMJ en milieu ouvert et chez l'ensemble des jeunes sous protection judiciaire.

Il faut, dans le cadre de ce programme, agir pour ces personnes suivies en milieu ouvert ou en hébergement, sur les mêmes priorités de repérage qu'en détention :

- améliorer l'accessibilité et renforcer l'incitation à participer aux bilans de santé somatiques et dentaires mis en place par l'assurance maladie, et organiser avec l'ARS les recours possibles à d'autres prestataires pouvant effectuer un bilan dans les zones non pourvues ;
- organiser des partenariats entre SPIP/CSAPA/CMP pour l'orientation et le repérage des problèmes de santé mentale et des conduites addictives des PPSMJ suivies en milieu ouvert, et pour les jeunes avec les consultations jeunes consommateurs des CSAPA, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le réseau des Maisons des Adolescents notamment ;
- organiser des partenariats SPIP/CEGIDD<sup>8</sup> pour améliorer l'accessibilité et l'incitation à la réalisation des tests de dépistage des IST.

---

8. Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des IST

## Axe 4 Améliorer l'accès aux soins des PPSMJ détenues

La loi du 18 janvier 1994 instaure le principe d'équivalence d'accès aux soins des personnes détenues par rapport aux personnes en liberté. Malgré des progrès notables depuis cette date dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues, cette équivalence n'est pas encore acquise et des difficultés et des disparités territoriales demeurent. Même si les données nécessaires concernant cette population pour déterminer les besoins non comblés ne sont pas actuellement disponibles, l'accès à l'hospitalisation libre en milieu psychiatrique, aux soins de rééducation fonctionnelle, à la permanence des soins et le respect des droits des personnes ne sont pas encore optimaux ni équivalents à l'offre disponible pour la population générale.

Une attention particulière doit être portée concernant l'accès effectif aux droits sociaux.

Les objectifs de l'axe 4 sont les suivants :

- garantir à toute PPSMJ un accès à des soins équivalents à ceux de la population générale ;
- assurer la permanence des soins ;
- garantir à toutes les personnes écrouées l'effectivité de leur accès à la protection sociale ;
- garantir le respect des droits des personnes détenues en tant qu'usagers du système de santé ;
- renforcer les soins en adéquation avec l'infraction commise.

### I. GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS DES PPSMJ DÉTENUES

#### a. Consolider l'offre existante

► Poursuivre les travaux de refonte du modèle de financement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire. Le nouveau modèle devra permettre une répartition plus équitable des crédits alloués aux unités sanitaires, en définissant un socle minimum nécessaire à leur fonctionnement.

► Exemple :

Les surcoûts liés à la prise en charge des soins somatiques au sein des unités sanitaires sont financés par une dotation MIG «unités sanitaires en milieu pénitentiaire» (USMP). L'objectif est d'assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population, au travers des consultations, des soins et des actions de prévention.

Sont concernés par le financement MIG :

- les consultations de médecine générale et spécialisées dont les consultations dentaires ;
- les actes de soins infirmiers ;
- les examens médico-techniques ;
- la dispensation de médicaments et dispositifs médicaux ;
- les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles, ainsi que la coordination et/ou la réalisation des actions de prévention et d'éducation de la santé.

*In fine*, sont financés *via* cette dotation MIG du personnel (personnel médical et non médical) ainsi que des frais spécifiques de fonctionnement.

Les travaux de refonte du modèle de financement de la MIG-USMP doivent permettre de définir avec les acteurs concernés (ARS, établissements de santé, médecins coordinateurs des unités sanitaires...) les indicateurs à prendre en compte afin de formaliser un nouveau dispositif plus équitable de délégation des ressources allouées aux établissements de santé au titre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

► Renforcer l'attractivité de l'exercice en milieu carcéral afin d'assurer une réponse diversifiée au sein de l'unité sanitaire : Il s'agira :

- d'élargir les dispositions du « Plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public », en l'adaptant à l'exercice en milieu carcéral ;
- d'élaborer un programme de formation d'adaptation à l'emploi à destination des professionnels souhaitant travailler en milieu pénitentiaire.

#### **b. Élargir l'offre de soins en psychiatrie**

► Poursuivre l'évaluation du dispositif UHSA (Unité hospitalière spécialement aménagée) en s'appuyant sur les données relatives aux hospitalisations des personnes détenues au sein d'établissements autorisés en psychiatrie et en tirer les conséquences sur les modes de fonctionnement et d'organisation.

► Engager la construction puis l'ouverture d'une seconde tranche d'UHSA sur de nouveaux sites d'implantation.

Exemple :

Le programme global des UHSA prévoyait 17 unités offrant 705 places. La première tranche de construction comporte neuf unités, une par direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), pour un total de 440 places. Au terme de l'année 2017, les 9 unités de la première tranche seront en fonctionnement.

La Cour des comptes, dans le chapitre consacré à la santé des détenus de son rapport annuel de 2014, tire un bilan très positif des UHSA : « leur création a permis incontestablement d'améliorer l'offre et la qualité des soins psychiatriques ». Le rapport conjoint (IGAS/IGSJ) sur l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice souligne également le rôle positif des UHSA dans l'amélioration de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues. Le rapport recommande par ailleurs d'achever l'étude concertée des besoins pour finaliser le choix des sites d'implantation de la seconde tranche.

Le bilan de la 1<sup>re</sup> tranche des UHSA apparaît donc globalement positif pour la prise en charge psychiatrique des personnes détenues et milite en faveur de l'engagement de la seconde tranche de construction selon des modalités à définir.

#### **c. Assurer une réponse diversifiée de consultations et lutter contre tout retard à la prise en charge**

► Développer la télémédecine pour permettre l'accès aux différentes spécialités de soins et limiter les besoins d'extractions en capitalisant sur les expérimentations menées.

► Construire un référentiel de pratique de la télémédecine en milieu carcéral.

► Adapter l'offre de soins sur la base d'une évaluation des besoins en réadaptation fonctionnelle hors hospitalisation, en lien avec les professionnels de santé libéraux, notamment pour les actes de kinésithérapie, et de la réalisation d'un état des lieux des solutions proposées au sein des unités sanitaires. Préciser, dans le guide méthodologique de prise en charge des personnes détenues, les modalités d'organisation des soins de rééducation fonctionnelle (orthopédique, cardiologique, neurologique).

▶ Améliorer le taux de réalisation et les conditions des extractions médicales, sur la base des données fournies par l'OSSD concernant notamment les annulations du fait de la personne détenue, de l'administration pénitentiaire, des forces de police ou de l'établissement de santé.

▶ Améliorer la transmission des informations entre équipes médicales, notamment lors des transferts.

#### **d. Poursuivre l'adaptation de l'offre de soins en hospitalisation somatique aux besoins des personnes détenues**

▶ Élaborer un cadre de fonctionnement national pour les Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) assorti d'un dispositif d'évaluation.

▶ Définir une organisation permettant de répondre aux besoins de soins de suite et de réadaptation en étudiant la possibilité et les conditions de mise en œuvre de cette activité en UHSI.

▶ Poursuivre la réflexion sur le devenir de l'établissement public de santé national de Fresnes, son statut et sa gouvernance, avec l'ensemble des institutions concernées.

#### **e. Assurer aux publics minoritaires détenus un accès aux soins adaptés**

▶ Garantir aux femmes détenues un accès continu aux soins, notamment les soins gynécologiques.

▶ Préciser les modalités de prise en charge des femmes enceintes détenues ainsi que des nourrissons hébergés avec leur mère incarcérée dans le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant. En particulier préciser les conditions d'intervention des personnels sanitaires (rattachés au centre hospitalier ou aux services de la PMI), des personnels pénitentiaires ainsi que des acteurs du champ social et associatif permettant d'assurer à l'enfant les conditions favorables à son développement.

▶ Garantir aux personnes mineures un accès aux soins continu et adapté à leur âge, dans le respect de l'autorité parentale.

▶ Garantir aux personnes transgenres détenues un accès à des soins adaptés et respectueux de leur situation.

#### **f. Améliorer l'accès aux compensations, aides adaptées et prestations sociales, pour répondre aux conséquences des situations de handicap, physique et psychique, ou de perte d'autonomie en détention**

L'objectif est d'améliorer la prise en charge des situations de handicap ou de perte d'autonomie en détention, en prenant en compte l'ensemble du processus : du repérage à la mise en place des soins nécessaires ou des mesures de compensation, qu'elles relèvent de l'accès aux droits et prestations (PCH ou APA pour le financement d'aides humaines ou d'aides techniques), d'aménagements des conditions de détention (portant notamment sur l'adaptation et l'accessibilité des locaux – aménagement et équipement des cellules, accessibilité des cheminements, etc. –), et aux mesures d'aménagement ou de suspension de peine et plus globalement la préparation de la sortie.

Ce travail sera conduit dans le cadre d'un groupe piloté par le ministère chargé des affaires sociales et la CNSA, en lien avec le ministère de la justice, associant les différentes parties prenantes. Il s'agira, à partir d'un diagnostic partagé par les parties prenantes, d'identifier et de prioriser les actions à conduire en prenant en compte, le cas échéant, les besoins spécifiques liés à certains types de handicap (moteur, sensoriel, psychique, mental, cognitif, liés à une maladie chronique) ou certaines pathologies à l'origine d'une perte d'autonomie (notamment maladie neuro-dégénérative).

Pour les jeunes sous protection judiciaire, l'accompagnement des parents pour effectuer les démarches permettant la prise en compte du handicap par les MDPH et les démarches entreprises par les professionnels eux-mêmes doivent être facilitées.

---

## **2. MIEUX ORGANISER LA PERMANENCE DES SOINS**

- ▶ Améliorer la coordination des personnels de santé avec les personnels pénitentiaires dans les situations d'urgence en s'assurant que les surveillants pénitentiaires font appel au centre 15 en dehors des horaires d'ouverture des unités sanitaires.
- ▶ Poser les conditions d'un bon usage du centre 15 en incitant les surveillants pénitentiaires à proposer systématiquement aux personnes détenues de s'entretenir directement avec le médecin régulateur. Préciser dans chaque protocole local les modalités d'organisation effective de la permanence des soins non basée sur l'extraction systématique des personnes détenues.
- ▶ Étudier les différentes réponses possibles en fonction des caractéristiques des unités sanitaires et plus largement de l'offre territoriale, à travers une plus large association des médecins libéraux. Préciser dans le guide méthodologique les soins devant être délivrés dans l'établissement pénitentiaire en dehors des heures d'ouverture de l'USMP (seuls les soins nécessitant le recours à un plateau technique peuvent justifier une extraction médicale).
- ▶ Mettre en place localement dans chaque établissement pénitentiaire un système de casiers permettant d'accéder aux traitements de premier recours en dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire.

---

## **3. GARANTIR À TOUTES LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE L'EFFECTIVITÉ DE LEUR ACCÈS RAPIDE À LA PROTECTION SOCIALE**

- ▶ Améliorer la coordination entre les établissements hospitaliers, les établissements pénitentiaires, les services pénitentiaires d'insertion et de probation et les caisses d'assurance maladie par le biais de conventions tripartites, avec un objectif de signature de 100 % des conventions en 2017.
- ▶ Mieux informer les personnes écrouées sur les dispositifs de prise en charge de leurs frais de santé, pendant leur mise sous écrou et à leur libération.
- ▶ Regrouper d'ici fin 2017 la gestion des personnes écrouées sur l'ensemble du territoire dans 2 caisses d'assurance maladie, pour bénéficier d'un personnel dédié et formé à ces procédures de gestion spécifiques.
- ▶ Dématérialiser les échanges d'informations entre les établissements pénitentiaires et les caisses d'assurance maladie.

---

## **4. GARANTIR LE RESPECT DES DROITS DES PPSMJ EN TANT QU'USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ**

- ▶ Sensibiliser et informer les personnels sur le respect du secret médical, la confidentialité des soins et la question des entraves en diffusant notamment aux établissements de santé et aux établissements pénitentiaires une note commune Santé/Justice sur ce sujet.
- ▶ Diffuser largement aux professionnels de santé la nouvelle réglementation concernant les mesures d'isolement et de contention (art. 72 de la loi du 26 janvier 2016) et leur traçabilité et engager des réflexions au sein des établissements en lien avec l'ARS.

- ▶ Diffuser auprès des personnels sanitaires amenés à accueillir des personnes détenues en dehors de l'USMP une note rappelant les conditions de l'examen médical.
- ▶ Permettre à chaque personne détenue de désigner une personne de confiance, de rédiger, si besoin, des directives anticipées et lui rappeler dans le livret remis à son arrivée ses droits en tant que patient, les modalités d'accès à son dossier médical et les voies de recours.
- ▶ Impliquer l'ensemble des acteurs concernés par ces évolutions de pratiques et définir une politique d'évaluation des actions menées aux plans local et régional.
- ▶ Exercer une veille jurisprudentielle sur les questions éthiques en détention et actualiser régulièrement les connaissances des professionnels de la santé et de la justice.
- ▶ Rappeler la réglementation en matière de prise en charge des personnes mineures et l'implication des professionnels de la PJJ.
- ▶ Préciser les modalités de réalisation des expertises médicales ordonnées par un magistrat (local sanitaire, développement de la télémédecine).

---

## **5. RENFORCER LES SOINS EN ADÉQUATION AVEC LES OBLIGATIONS RELATIVES À L'INFRACTION COMMISE**

- ▶ Évaluer la mise en œuvre du protocole de 2011 concernant les établissements spécialisés AICS et s'assurer que les moyens d'intervention dédiés sont bien dévolus aux USMP.
- ▶ Mettre en place un groupe de travail interministériel santé-justice dans l'objectif d'améliorer l'articulation entre les professionnels de santé (professionnels des USMP, médecins coordonnateurs, CMP, centres hospitaliers, centres de soins) et de justice (pénitentiaires, PJJ et magistrats) dans la mise en œuvre de l'incitation aux soins en détention et l'obligation de soins en milieu ouvert.
- ▶ Capitaliser sur l'expérience des établissements spécialisés dans ce type de prise en charge.
- ▶ Lancer des appels à projets pour promouvoir la recherche sur les aspects médico-psychologiques et éthiques des suivis en détention des soins en lien avec une condamnation.

## **Axe 5 Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice**

La période d'incarcération a notamment pour fonction d'écarter temporairement l'individu de la société et de préparer sa réinsertion dans la communauté à l'issue de sa détention. Les personnes détenues présentent généralement un état de santé et une situation sociale précaires. La santé étant un facteur d'insertion dans la société, il est primordial, tant pendant la période de détention que dans le cadre de la préparation à la sortie, que la continuité de la prise en charge sanitaire soit organisée et l'accès aux droits sociaux garanti.

La mesure judiciaire pour les jeunes pris en charge par la DPJJ doit permettre de les accompagner, en lien avec leur famille, vers les dispositifs de prise en charge ou de prévention de droit commun. Mais elle doit s'inscrire également dans la continuité du parcours préalable à la mesure en cours, notamment en termes de suivi social ou sanitaire, afin de ne pas rompre ce qui a pu être élaboré antérieurement avec le jeune et sa famille.

### **1. ORGANISER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE ET SANITAIRE**

- ▶ Garantir à toute personne sortant de détention, l'effectivité de son accès à la protection sociale et notamment informer la personne détenue sur ses droits à la sortie, selon différentes modalités : permanence de la CPAM, participation de la CPAM aux plateformes de préparation à la sortie ou séances d'informations collectives.
- ▶ Garantir à toute PPSMJ la continuité des soins délivrés en :
  - précisant dans le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes détenues les modalités de transmission du dossier médical lors des transferts entre établissements pénitentiaires (que le dossier soit ou non dématérialisé) ;
  - précisant les modalités de remise du dossier médical à la personne détenue lors de sa sortie de détention, quel que soit son statut (prévenu, condamné) et améliorer la transmission des informations entre équipes médicales lors de cette sortie ;
  - remettant à chaque personne détenue libérée la liste des médecins traitants ainsi que des lieux de soins et des pharmacies proches de son futur domicile et en s'assurant du transfert du protocole de soin au médecin traitant en cas d'ALD ;
  - favorisant le lien avec les structures de soins qui seront chargées du suivi de la personne à sa sortie (notamment dans le cadre des personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire (SSJ) avec obligation de soins).

► Favoriser l'accès des personnes détenues nécessitant une prise en charge médico-sociale vers les structures d'aval, favoriser la mise en relation des SPIP et de la PJJ avec les structures médico-sociales ou les structures adaptées à la prise en charge du handicap ou d'une pathologie mentale et s'assurer de la coordination entre le SPIP et l'USMP, chargée de la préconisation de la prise en charge d'aval et de traiter la partie médicale des dossiers d'admission.

---

## **2. RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT À L'ACCÈS AUX DROITS ET LA PRÉPARATION À LA SORTIE**

- dans les USMP, par une mobilisation d'une partie des moyens humains et matériels affectés au travail social existants dans les centres hospitaliers de rattachement pour les accompagnements d'ordre sanitaire et médico-social ; dans les SPIP, par une affectation prioritaire des assistants de service social en cours de recrutement sur cette mission ;
- en intégrant dans le guide méthodologique sur les aménagements de peine et la mise en liberté pour raison médicale l'ensemble des dispositifs d'aménagements de peine pour raison médicale, en assurant sa diffusion par une circulaire interministérielle justice/santé et en prévoyant des modalités de suivi statistique.

## **Axe 6 Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie de santé des PPSMJ**

La mise en œuvre du programme d'action nécessite une parfaite coordination des acteurs concernés afin que les objectifs définis soient atteints. Les différentes cultures professionnelles ne doivent pas constituer un obstacle au programme ni être ignorées de chaque partie. À cette fin, plus que la coordination, la coopération des acteurs impliqués est un impératif dont l'objectif principal est la mise en œuvre effective de l'ensemble des actions découlant de la stratégie de santé des PPSMJ.

Les objectifs de cet axe 6 sont les suivants :

- préciser les modalités d'articulation des différents acteurs aux niveaux local, régional et national (l'organisation et les fonctions des différentes commissions existantes seront précisées) ;
- préciser les modalités de formation permettant une acculturation réciproque à chaque niveau.

### **1. METTRE À LA DISPOSITION DES PROFESSIONNELS (SANTÉ/JUSTICE) DES OUTILS DE PARTAGE PERMETTANT UNE ACCULTURATION RÉCIPROQUE AUX MISSIONS DE CHACUN**

La mesure 16 du Plan 2010-2014 « politique de santé pour les personnes sous main de justice », retardée dans sa mise en œuvre, consistait à élaborer un plan de formation, incluant des formations partagées entre personnels de santé, pénitentiaires et de la protection judiciaire de la jeunesse, présents en détention.

Le milieu de la détention fait cohabiter de fait des professionnels de « cultures » éloignées et aux missions différentes. Or, ici plus qu'ailleurs, avoir une formation initiale solide, ainsi que des occasions d'échanges ou de formations communes pour favoriser l'acquisition d'une compréhension partagée des enjeux de santé, est essentiel.

#### **En détention**

**Réactualiser régulièrement le « Guide méthodologique » en version numérique**, en s'appuyant sur le retour d'expérience de son utilisation par les professionnels et promouvoir sa diffusion auprès des professionnels, notamment ceux nouvellement recrutés.

**Favoriser les échanges et rencontres** dans les cadres formalisés prévus au sein de l'établissement (commission santé, Commission pluridisciplinaire unique, etc.), du territoire (commission régionale de coordination, etc.) et dans les rencontres professionnelles (congrès, journées...).

**Clarifier au sein des établissements les échanges d'informations utiles** à une prise en charge de qualité de la santé de la personne détenue dans le respect réciproque des règles de confidentialité.

**Prévoir une offre de formations commune santé/justice, avec pour objectifs :**

- de permettre aux personnels pénitentiaires de mieux comprendre les impératifs liés aux missions des équipes médicales et aux professionnels de santé, y compris ceux intervenant dans le cadre de l'urgence, de mieux appréhender les risques et impératifs en termes de sécurité et à l'ensemble des professionnels de s'approprier la démarche de promotion de la santé ;
- de clarifier au sein des établissements les modalités d'échanges d'informations utiles à une prise en charge de qualité de la santé de la personne détenue dans le respect réciproque des règles de confidentialité ;
- de créer des capacités de développement d'actions de promotion de la santé en s'appuyant sur le guide de référence de l'Agence nationale de santé publique pour la détention.

Une co-construction des formations impliquant l'Administration pénitentiaire et la Santé, ainsi que la PJJ en fonction des thématiques, pourrait viser une déclinaison opérationnelle au plus près des établissements.

#### **Concernant la protection judiciaire de la jeunesse**

Favoriser les formations croisées santé/PJJ, notamment dans le secteur de la santé mentale.

Mettre en place un dispositif d'identification, de suivi et de diffusion/mutualisation des bonnes pratiques.

---

## **2. VALORISER LES EXPÉRIENCES DE TERRAIN INNOVANTES ET LES ÉQUIPES À LEUR INITIATIVE, ET FAVORISER LEUR DIFFUSION**

- dans le champ de la prise en charge sanitaire ;
- en promotion de la santé ;
- pour le suivi et l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie ;
- dans le cadre d'un aménagement ou d'une suspension de peine pour raison médicale ;
- et pour tout ce qui concerne la continuité des prises en charge à la sortie de détention ainsi que pour toute mesure judiciaire.

---

## **3. VALORISER ET RENDRE ATTRACTIVES LES CARRIÈRES PROFESSIONNELLES**

- ▶ Favoriser et valoriser les débuts de carrière des professionnels de santé en milieu pénitentiaire (stages, etc.).
- ▶ Reconsidérer les conditions d'embauche des médecins et des personnels infirmiers (hospitaliers, éducation nationale, collectivités territoriales, etc.) venant travailler à la DPJJ. Il est nécessaire de faciliter les passages d'une institution à l'autre, qui constituent le moyen le plus efficace de travailler l'acculturation mutuelle en profondeur, au niveau des pratiques tant professionnelles qu'institutionnelles.
- ▶ Proposer des outils (statut, etc.) permettant des évolutions dans le sens d'une valorisation effective.
- ▶ Intégrer dans les programmes de promotion de la santé des activités visant la qualité de vie au travail des personnels pénitentiaires, de la protection judiciaire de la jeunesse et sanitaires.

# GLOSSAIRE

## A

AICS	Auteur d'Infraction à Caractère Sexuel
ALD	Affection de Longue Durée
ANSP	Agence Nationale de Santé Publique
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APSEP	Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison
ARS	Agence Régionale de Santé
ASPMP	Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

## C

CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CEF	Centre Educatif Fermé
CEGIDD	CEntre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des infections sexuellement transmissibles
CER	Centre Educatif Renforcé
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

## D

DAC	Direction d'Administration Centrale
DACG	Direction des Affaires Criminelles et des Grâces
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DIRPJJ	Direction InterRégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DISP	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
DPJJ	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DSS	Direction de la Sécurité Sociale

## E

EHESP	Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique
ENAP	Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire
EPM	Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs

## I

IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IST	Infections Sexuellement Transmissibles

## M

MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MIG	Missions d'Intérêt Général
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
MJIE	Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

## O

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSSD	Observatoire des Structures de Soins aux Détenus

## P

PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPSMJ	Personnes Placées Sous Main de Justice

## R - S

RDRD	Réduction Des Risques et des Dommages
RRSE	Recueil de Renseignements Socio-Educatifs
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SSJ	Suivi Socio-Judiciaire

## T - U

TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
USMP	Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

## V

VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



STRATÉGIE SANTÉ DES PERSONNES  
PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE  
(PPSMJ)

---

[www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr)  
[www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)