



**Liberté . Égalité . Fraternité**

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**Ministère de la santé  
et de la protection sociale**

**Ministère de la justice**

**GUIDE METHODOLOGIQUE**  
**RELATIF A LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE**  
**DES PERSONNES DETENUES**

**Septembre 2004**

Chapitre I.....	9
Le dispositif de soins somatiques et les actions de prévention.....	9
I-1 - Missions de l'établissement de santé chargé des soins somatiques.....	9
I-1.1 - Les soins en milieu pénitentiaire.....	9
I-1.2 - L'accueil et la prise en charge hospitalière.....	10
I-1.3 - La préparation du suivi médical après la détention.....	10
I-1.4 - Les actions de prévention.....	10
I-2 - Organisation des soins aux personnes détenues.....	11
I-2.1 - L'organisation des soins en milieu pénitentiaire : l'unité de consultations et de soins ambulatoires .....	11
I-2.1.1 - Statut et organisation de l'UCSA .....	11
I-2.1.2 - L'équipe pluridisciplinaire .....	11
I-2.1.2.1 - Le personnel médical .....	12
I-2.1.2.2 - Le personnel soignant .....	13
I-2.1.2.3 - Les manipulateurs d'électroradiologie et les masseurs kinésithérapeutes .....	13
I-2.1.2.4 - Le personnel des services de pharmacie .....	14
I-2.1.2.5 - Le personnel administratif .....	14
I-2.1.2.6 - Le personnel d'entretien .....	14
I-2.1.3 - Les locaux, les règles d'hygiène et les équipements nécessaires au fonctionnement de l'UCSA .....	14
I-2.2 - Organisation des soins en milieu hospitalier : consultations spécialisées et hospitalisations.....	16
I-2.2.1 - Les consultations spécialisées en milieu hospitalier .....	16
I-2.2.2 - Les hospitalisations en rapport avec une affection somatique.....	16
I-2.2.2.1 - Les hospitalisations urgentes ou de très courte durée .....	17
I-2.2.2.2 - Les hospitalisations dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).....	18
I-2.2.2.3 - L'hospitalisation des femmes enceintes .....	18
I-2.2.2.4 - Cas particuliers : personnes détenues appartenant aux forces armées et personnes détenues autorisées à être hospitalisées en établissement de santé privé.....	18
I-2.2.3 - Les interruptions volontaires de grossesse.....	19
I-3 - Prestations délivrées par l'UCSA .....	19
I-3.1 - Les prestations de médecine générale.....	20
I-3.1.1 - Les aspects médicaux.....	20
I-3.1.1.2 - Les consultations spécifiques en milieu pénitentiaire.....	21
I-3.1.1.2.1 - L'examen médical approfondi d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté (art. R. 711-16-1° du CSP et D. 381 a) du CPP).....	21
I-3.1.1.2.2 - Les visites aux personnes détenues placées au quartier d'isolement (art. D. 283-1 et D. 381 c) du CPP).....	22
I-3.1.1.2.3 - Les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire (art. D. 251-4, 251-8 et D. 381 b) du CPP).....	22
I-3.1.1.2.4 - La prise en charge des personnes détenues grévistes de la faim et/ou de la soif (art. D. 364 du CPP) .....	23
I-3.1.1.2.5 - Les moyens de contrainte utilisés par l'administration pénitentiaire "en cas de fureur ou de violence grave" (art. D. 283-3 du CPP) .....	23
I-3.1.2 - Les aspects infirmiers.....	24

I-3.2 - La réponse aux urgences en dehors des heures de présence médicale à l'UCSA .....	24
I-3.3 - Les soins dentaires .....	26
I-3.4 - Les consultations spécialisées.....	26
I-3.5 – Soins fréquents ne nécessitant pas d'hospitalisation.....	27
I-3.6 - Les autres prestations .....	27
I-3.6.1 - La fourniture et la dispensation des médicaments et des produits pharmaceutiques .....	27
I-3.6.2 - La réalisation des examens de laboratoire et de radiologie .....	27
I-3.6.3 - La prescription et la fourniture des appareillages et des prothèses.....	28
I-3.6.4 - La prescription des transports sanitaires .....	28
I-3.6.5 - Les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles dans l'établissement pénitentiaire .....	29
I-3.7 - Le traitement des déchets d'activités de soins.....	29
I-4 - Les actions de prévention.....	30
I-4.1 - La coordination des actions de dépistage.....	30
I-4.1.1 - Le dépistage obligatoire de la tuberculose.....	31
I-4.1.2 - Les autres actions de dépistages.....	32
I-4.2 - La réduction des risques : mise à disposition d'outils de prévention et accès au traitement post-exposition au VIH.....	34
I-4.3 - L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour la santé..	35
I-4.4 - La mise en œuvre d'actions de prévention ou de prise en charge en tabacologie .....	36
Chapitre II .....	38
Prise en charge de la santé mentale des personnes détenues .....	38
II-1- Les besoins en santé mentale en milieu pénitentiaire.....	38
II-1.1- Données relatives à la santé mentale de la population pénale .....	39
II-1.1.1- Santé mentale des entrants en prison.....	39
II-1.1.2 - Les caractéristiques psychiatriques des personnes détenues prises en charge par les SMPR .....	40
II-1.2 - Les addictions .....	40
II-1.3 - La fréquence élevée du nombre de suicides et les facteurs de risque.....	41
II-1.4 - Les auteurs d'infractions à caractère sexuel .....	41
II-2 - Organisation des soins psychiatriques et réponse aux besoins de santé mentale des personnes détenues.....	41
II-2.1 - Les prestations de prévention et de soins nécessaires .....	42
II-2.1.1 - Les actions de prévention en santé mentale.....	44
II-2.1.1.1 - L'entretien d'accueil et la demande de soins.....	44
II-2.1.1.2 - Les autres actions de prévention.....	44
II-2.1.2 - Les soins ambulatoires et les prises en charge à temps partiel .....	44
II-2.1.3 - L'hospitalisation .....	45
II-2.2 - La réponse assurée par le dispositif actuel .....	45
II-2.2.1 - Les soins ambulatoires et à temps partiel en milieu pénitentiaire .....	46
II-2.2.1.1 - Le SMPR .....	46
II-2.2.1.2 - Les antennes des SMPR.....	47
II-2.2.1.3 - Les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile.....	47
II-2.2.1.4 - L'adaptation du régime de détention .....	47
II-2.2.2 - L'hospitalisation.....	48
II-2.2.2.1 - Hospitalisation en SMPR.....	48

II-2.2.2.2 - Hospitalisation d'office en établissement habilité .....	50
II-2.2.2.3 - Recours aux unités pour malades difficiles (UMD) .....	50
II-2.2.2.4 - Application des règlements pénitentiaires .....	50
II-2.2.2.5 - Les règles applicables aux gardes, aux escortes et au transport .....	51
II-2.3 - Les limites du dispositif actuel .....	52
II-2.4 - Les perspectives d'évolution et leur mise en œuvre .....	52
II-2.4.1 - L'amélioration de la coordination des acteurs impliqués dans la santé mentale des personnes détenues .....	53
II-2.4.1.1 - Un travail en réseau des professionnels de la psychiatrie.....	53
II-2.4.1.2 - L'articulation avec les UCSA et les autres intervenants sanitaires ou sociaux dans une optique de prise en charge globale .....	54
II-2.4.1.3 - La collaboration avec les personnels pénitentiaires dans le cadre de la promotion de la santé mentale en milieu pénitentiaire .....	54
II-2.4.1.4 - L'articulation entre les personnels des UCSA, ceux des SMPR ou ceux des équipes de psychiatrie intervenant en établissement pénitentiaire .....	55
II-2.4.2 - L'intensification et la diversification des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.....	55
II-2.4.3 - L'hospitalisation à temps complet en établissement de santé .....	56
II-2.4.4 - L'amélioration de la prise en charge pluri-professionnelle des personnes présentant des troubles ou des risques sur-représentés en milieu pénitentiaire et nécessitant une attention particulière .....	56
II-2.4.4.1 - Le développement de la prévention du suicide.....	57
II-2.4.4.1.1 - Le repérage de la crise suicidaire.....	58
II-2.4.4.1.2 La prise en charge des personnes détenues en crise suicidaire .....	59
II-2.4.4.1.3 La postvention ou mieux limiter les conséquences d'un passage à l'acte suicidaire.....	60
II-2.4.4.2 - La prise en charge des addictions .....	61
II-2.4.4.2.1 - Le repérage systématique de toutes les situations d'abus et de dépendance par la mise en place d'un outil d'appréciation de la dépendance et de l'abus.....	61
II-2.4.4.2.2 - Diversification des prises en charge .....	61
II-2.4.4.2.3 - Proposition d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.....	62
II-2.4.4.2.4 - Développer la prévention.....	62
II-2.4.4.2.5 - Préparation à la sortie .....	63
II-2.4.4.3 - Les auteurs d'infractions sexuelles .....	63
Chapitre III.....	67
Les soins en milieu pénitentiaire : organisation, articulations et droit des malades .....	67
III-1 - Principes généraux de l'exercice médical en milieu pénitentiaire .....	67
III-1.1 - Les spécificités liées au contexte pénitentiaire.....	67
III-1.1.1 - L'habilitation et l'autorisation d'accès des personnels sanitaires .....	68
III-1.1.1.1 - La procédure d'habilitation (art. R. 79, 22° et D. 386 à 388 du CPP).....	68
III-1.1.1.2 - La suspension et le retrait d'habilitation .....	69
III-1.1.1.3 - L'autorisation d'accès (art. D. 389 à D. 390-1 du CPP).....	69
III-1.1.2 - Les modalités de fonctionnement et les impératifs de sécurité inhérents au milieu pénitentiaire .....	70
III-1.1.2.1 - Les règles de sécurité à respecter .....	70
III-1.1.2.2 - La sécurité des personnels sanitaires .....	

dans l'établissement pénitentiaire et dans les locaux mis à leur disposition .....	71
III-1.1.2.3 - La sécurité lors des hospitalisations et des consultations en milieu hospitalier .....	71
III-1.1.2.4 - Situations particulières .....	72
III-1.2 - Les règles de déontologie et d'éthique .....	72
III-1.2.1- Le secret professionnel.....	72
III-1.2.1.1 - Le secret professionnel dans le cadre des relations du personnel soignant avec les autorités judiciaires et pénitentiaires .....	72
III-1.2.1.2 - Le secret professionnel à l'occasion de la mise en œuvre de mesures de prophylaxie.....	73
III-1.2.2 - Les attestations et les certificats médicaux.....	73
III-1.2.2.1 - Les attestations délivrées à la demande de la personne détenue (art. D. 382 du CPP) .....	73
III-1.2.2.1.1- Certificats ou attestations relatifs à la législation du travail et des maladies professionnelles .....	73
III-1.2.2.1.2 - Attestations relatives à des situations particulières .....	74
III-1.2.2.2 - Les attestations délivrées et les avis émis à la demande des autorités pénitentiaires .....	75
III-1.2.2.3 - Les avis adressés aux autorités pénitentiaires à l'initiative du médecin .....	75
III-1.2.2.4 - Documents médicaux entrant dans le cadre de l'article 25-8° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France .....	76
III-1.3 - Droits des patients détenus .....	76
III-1.3.1 - Principes de la prise en charge sanitaire.....	77
III-1.3.2 – Information des personnes détenues et expression de leur volonté .....	77
III-1.3.2.1 - Principes généraux (art. L. 1111.1 à L. 1111.7 du CSP et art. 35 et 36 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale).....	77
III-1.3.2.1.1 - La personne de confiance .....	77
III-1.3.2.1.2 - Droit à l'information (art. L. 1111-2 du CSP).....	78
III-1.3.2.1.3 - Le consentement (art. L. 1111-4 du CSP) .....	78
III-1.3.2.1.4 - Le refus de soins (art. L. 1111-4 du CSP) .....	78
III-1.3.2.1.5 - Les précautions à prendre pour enregistrer l'accord ou le refus	78
III-1.3.2.1.6 - Cas de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté (art. L. 1111-6 du CSP).....	78
III-1.3.2.2 - Situation des mineurs et des majeurs sous tutelle .....	79
III-1.3.2.2.1- Le droit à l'information des titulaires de l'autorité parentale et des tuteurs.....	79
III-1.3.2.2.2 - L'information et la participation des mineurs et des majeurs sous tutelle aux décisions médicales les concernant (article L. 1111-2 du CSP) .....	79
III-1.3.2.2.3 - Le consentement.....	79
III-1.3.2.2.4 - Le refus de soins du ou des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur (art. L. 1111-4 du CSP).....	79
III-1.3.2.2.5 - Le refus du mineur d'accepter la consultation du titulaire de l'autorité parentale (art. L. 1111-5 du CSP). .....	79
III-1.3.2.3 - Cas particulier des personnes détenues en grève de la faim et/ou de la soif (art. D. 364 du CPP) .....	80
III-1.3.3 - Participation aux recherches biomédicales (art. D. 363 du CPP).....	80

III-1.3.4 - Le don d'organes.....	80
III-1.3.6 - Adaptation des conditions matérielles de détention à l'état de santé de la personne détenue.....	81
III-1.3.6.1 - Modification ou aménagement du régime pénitentiaire.....	81
III-1.3.6.2 - Transfert pour raisons de santé.....	81
III-1.3.6.3 - La prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées...82	
III-1.3.7 - Mesures d'aménagement de la peine et grâce présidentielle .....	84
III-1.3.7.1 - Le fractionnement et la suspension de peine (art. 132-27 du CPP et art. 720-1 et 720-2 du CPP).....	84
III-1.3.7.2 - La permission de sortir (art. 723-3 et D.143 à D.146 CPP) .....	86
III-1.3.7.3 - Le placement à l'extérieur sans surveillance (art. D.136 du CPP)...86	
III-1.3.7.4 - La semi-liberté (art. 132-25 et 132-26 du Code pénal ; art. 723, 723-1, D.49-1, D.137, D.138 du CPP).....	86
III-1.3.7.5 - Le placement sous surveillance électronique (art. 723-7 à 723-14 du CPP ) .....	87
III-1.3.7.6 - La libération conditionnelle (art. 729, 729-3, D.525 du CPP) .....	87
III-1.3.7.7 - La grâce présidentielle (art. 133-7 du Code pénal) .....	88
III-1.3.8 - Droits des personnes détenues hospitalisées (art. D. 395 du CPP) .....	88
III-1.3.8.1 - Suivi de la situation pénale.....	88
III-1.3.8.2 - Relations avec l'extérieur .....	88
III-1.3.8.2.1 - Hospitalisation pour motif somatique .....	88
III-1.3.8.2.2 - Hospitalisation pour motif psychiatrique : l'hospitalisation d'office .....	89
III-1.3.9 - Information relative à l'état de santé.....	89
III-1.3.9.1 - La prescription des médicaments .....	89
III-1.3.9.2 - Les attestations, les avis et les certificats médicaux.....	89
III-1.3.9.3 - L'accès au dossier médical.....	90
III-1.3.9.3.1 - Les principes.....	90
III-1.3.9.3.2 - La procédure.....	90
III-1.3.9.3.3 - Les mineurs ou les majeurs protégés.....	91
III-1.3.9.3.4 - Les personnes détenues décédées.....	92
III-1.3.9.4 - Le carnet de santé .....	92
III-1.4 - L'articulation des missions des personnels sanitaires et pénitentiaires .....	92
III-1.4.1 - Rôle des personnels pénitentiaires par rapport à la prise en charge sanitaire des personnes détenues .....	93
III-1.4.2 - La concertation institutionnelle .....	94
III-1.4.3 - Les procédures à formaliser .....	95
III-1.4.4 - Le contrôle effectué par la commission de surveillance.....	95
III-2 - Coordination et spécificités des pratiques en milieu pénitentiaire .....	95
III-2.1 - Le dossier médical de la personne détenue (art. L. 1111-7 et R. 1111-2-1 à R. 1112-9 du CSP et art. D. 375 du CPP).....	96
III-2.1.1 - Contenu et gestion .....	96
III-2.1.2 - Communication du dossier médical à des praticiens extérieurs.....	96
III-2.1.3 - Préservation de la confidentialité des informations médicales à l'occasion des transfèrements et des extractions .....	97
III-2.1.4 - Archivage .....	97
III-2.1.5 - Traitement des informations médicales.....	97
III-2.2 - La prescription, la dispensation et l'administration des médicaments.....	98
III-2.2.1 - La prescription des médicaments .....	98
III-2.2.2 - la dispensation et l'administration des médicaments.....	98

III-2.2.3 - La détention des médicaments en cellule .....	99
III-2.3 - La continuité des soins et des traitements .....	99
III-2.3.1 - A l'entrée en détention .....	99
III-2.3.2 - Lors des transferts .....	100
III-2.3.3 - L'organisation du suivi médical après la libération .....	100
III-2.4 - Le rapport annuel d'activité .....	101
III-2.5 - Une réflexion régionale .....	101
III-3 - Formation des personnels .....	102
III-3.1 - Personnels sanitaires .....	102
III-3.1.1 - Formation initiale .....	102
III-3.1.2 - Adaptation à l'emploi .....	102
III-3.2 - Personnels pénitentiaires .....	102
III-3.2.1 - Formation initiale .....	102
III-3.2.2 - Formation continue et adaptation à l'emploi .....	103
III-3.3 - Formations continues pluri-professionnelles .....	103
Chapitre IV .....	105
La protection sociale et les modalités financières de prise en charge des personnes détenues .....	105
IV-1 – La protection sociale des personnes détenues .....	105
IV-1.1- Le champ d'application .....	105
IV-1.2 - L'affiliation-immatriculation des personnes détenues au régime général ...	106
IV-1.2.1 - La date d'effet de l'affiliation .....	106
IV-1.2.2 - Les modalités d'affiliation .....	106
IV-1.2.2.1 - L'instruction du dossier par l'établissement pénitentiaire .....	106
IV-1.2.2.2 - La procédure d'affiliation des personnes détenues au régime général par la caisse .....	107
IV-1.2.2.3 - Le transfert des personnes détenues .....	107
IV-1.2.2.4 - Elaboration de l'information destinée aux personnes détenues .....	108
IV-1.2.3 - La fin de l'affiliation .....	108
IV-1.2.3.1 - Cas général .....	108
IV-1.2.3.2 - Libération des personnes détenues en situation irrégulière .....	108
IV-1.3 - L'ouverture du droit aux prestations du régime général et les modalités d'accès aux soins des personnes détenues .....	109
IV-1.3.1 - Généralités .....	109
IV-1.3.2 - Modalités d'accès aux soins en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier .....	110
IV-1.3.3 - Modalités d'accès aux soins des personnes détenues en permission de sortir, en placement extérieur ou en semi-liberté .....	111
IV-1.3.4 - Modalités d'accès aux soins des personnes détenues étrangères en situation irrégulière en permission de sortir, en placement extérieur ou en semi-liberté .....	111
IV-1.3.5 - Modalités d'accès aux soins des personnes détenues évadées .....	111
IV-1.4 - Le financement du dispositif .....	112
IV-1.4.1 - Les modalités de calcul de la cotisation .....	112
IV-1.4.2 - Les modalités de versement à l'ACOSS .....	112
IV-1.5 - La protection complémentaire en matière de santé (CMUC) .....	113
IV-1.5.1 - Généralités .....	113
IV-1.5.2 - Contenu de la prise en charge .....	113
IV-1.5.3 - Déclenchement de la demande .....	114
IV-1.5.4 - Modalités de service de la prestation .....	115

IV-1.5.4.1 - Organisme servant la prestation .....	115
IV-1.5.4.2 - Documents nécessaires pour justifier du droit à la CMUC.....	115
IV-1.5.5 - Libération de la personne détenue.....	115
IV-2 – Les modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes détenues	116
IV-2 -1 Le cadre budgétaire et comptable hospitalier.....	116
IV-2.2 - Les modalités de financement des soins aux personnes détenues par l'assurance maladie.....	117
IV-2.2.1 - Les dépenses de soins somatiques et psychiatriques.....	117
IV-2.2.2 - Les équipements médicaux et non médicaux au sein de l'UCSA .....	117
IV-2.2.3- Les transports sanitaires .....	117
IV-2.2.4 - Les appareillages et prothèses .....	118
IV-2.2.4.1 - La définition de l'appareillage, des produits et des prestations.....	118
IV-2.2.4.2 - La prise en charge des produits et des prestations .....	119
IV-2.2.4.3 - La prise en charge des produits et des prestations dans le cadre des consultations externes en milieu hospitalier .....	119
IV-2.2.4.4 - La prise en charge de l'appareillage prescrit par l'établissement hospitalier en milieu pénitentiaire .....	119
IV-2.2.5 - Le dépistage par les CDAG du VIH ou d'autres maladies transmissibles .....	119
IV-2.2.6 - Les modalités d'identification des patients et la détermination de la cotisation à la charge de l'administration pénitentiaire .....	119
IV-2.3 - Les dépenses non financées par l'assurance maladie .....	120
IV-2.3.1 - Les frais de transport et de déplacement.....	120
IV-2.3.2 - Le ticket modérateur et le forfait journalier .....	120
IV-2.3.3 - Cas particuliers: le forfait hospitalier en SMPR et les dépassements sur les prothèses.....	121
IV-2.3.3.1 - Le forfait hospitalier en SMPR .....	121
IV-2.3.3.2 - Les dépassements sur les prothèses.....	121
IV-2.3.3.3 - Le financement de l'aménagement des locaux mis à disposition des équipes hospitalières.....	122
IV-2.4 - le financement des actions de prévention et d'éducation pour la santé par les conseils généraux.....	122
 TABLE DES ANNEXES.....	 124
 ANNEXES (A à L) – Textes et sigles.....	 126



# **GUIDE METHODOLOGIQUE RELATIF A LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DETENUES**

## **Chapitre I**

### **Le dispositif de soins somatiques et les actions de prévention**

Les missions de santé sont identiques dans tous les établissements pénitentiaires quel que soit le type de ces établissements, de même que les principes d'organisation et de fonctionnement. Toutefois la nature et la charge de travail sont différentes selon qu'il s'agit d'une maison d'arrêt caractérisée par un renouvellement rapide de la population pénale ou d'un établissement pour peine (centre de détention, maison centrale), accueillant des personnes détenues condamnées à de moyennes et longues peines. Par ailleurs, les modalités pratiques doivent être adaptées en fonction de l'effectif moyen de l'établissement pénitentiaire. Les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées font l'objet d'un autre dispositif.

#### **I-1 - Missions de l'établissement de santé chargé des soins somatiques**

L'établissement de santé chargé des soins somatiques apporte une réponse d'ensemble aux besoins de santé des personnes détenues de l'établissement pénitentiaire avec lequel il a conclu un protocole, en application des articles R. 711-7 et suivants du code de la santé publique (CSP). Ce protocole détermine les conditions de fonctionnement de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire.

Les prestations fournies dépassent le cadre de l'établissement pénitentiaire et concernent, quand cela est nécessaire, l'accueil hospitalier en consultation ou en hospitalisation dans les conditions prévues par le schéma national d'hospitalisation (SNH) ainsi que la préparation du suivi après la libération. Elles se situent tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention.

##### **I-1.1 - Les soins en milieu pénitentiaire**

Au sein de l'établissement pénitentiaire, l'établissement de santé est chargé de dispenser les soins aux personnes détenues, dont l'état de santé ne nécessite ni hospitalisation, ni consultations ou examens en milieu hospitalier.

Il convient de souligner que, sauf cas d'urgence, les soins dispensés aux enfants laissés auprès de leur mère détenue ne relèvent pas du dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues assurée par le service public hospitalier ; les enfants bénéficient du dispositif de soins de droit commun<sup>1</sup>. De même, les soins au personnel pénitentiaire ne relèvent pas des missions de

---

<sup>1</sup> Circulaire JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée.

l'établissement de santé décrites dans le présent guide et sont assurés dans le cadre du dispositif prévu par l'article D. 227 du code procédure pénale.

Il revient à l'établissement de santé d'assurer sur place l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, des soins dentaires, des consultations spécialisées, et d'organiser la réponse médicale aux urgences.

Une attention particulière doit être apportée à la prise en charge sanitaire des mineurs qui nécessite une approche pluridisciplinaire.

Ses services médico-techniques sont chargés, notamment, de la fourniture et de la dispensation de l'ensemble des médicaments et autres produits pharmaceutiques nécessaires et de la réalisation des examens de laboratoire et de radiologie.

L'ensemble de ces prestations est décrit au § 3 du présent chapitre.

### **I-1.2 - L'accueil et la prise en charge hospitalière**

Lorsque les soins et les examens requis par l'état de santé de la personne détenue nécessitent le recours à un plateau technique ou à des moyens de surveillance médicale qui ne peuvent être assurés en milieu pénitentiaire, il appartient à l'établissement de santé d'organiser l'accueil hospitalier de la personne détenue dans ses services ou dans un autre établissement de santé, qu'il s'agisse de consultations, d'examens spécialisés ou d'hospitalisations dans les conditions prévues par le SNH (cf. § 2.2 du présent chapitre).

Il appartient à l'établissement pénitentiaire d'assurer dans les meilleures conditions l'extraction de la personne détenue.

### **I-1.3 - La préparation du suivi médical après la détention**

Favoriser l'accès aux soins des personnes détenues à l'issue de leur période d'incarcération et les inciter à prendre en charge leurs problèmes de santé est l'un des enjeux de la politique de santé en milieu pénitentiaire. Cet objectif est poursuivi au travers, d'une part, d'une démarche d'éducation pour la santé développée pendant l'incarcération, à l'occasion des soins et d'actions spécifiques et, d'autre part, des dispositions prises pour organiser le suivi sanitaire à la sortie de l'établissement pénitentiaire.

### **I-1.4 - Les actions de prévention**

C'est un des points forts de la politique de santé en milieu pénitentiaire que de faire bénéficier cette population le plus souvent jeune, fragilisée et ayant eu jusque là un faible accès aux soins, d'actions de prévention susceptibles de l'amener à une meilleure prise en charge de sa santé.

L'établissement de santé est chargé de coordonner les actions de dépistage en faveur des personnes détenues, y compris celles relevant de la compétence de l'Etat et du conseil général. En outre, il est chargé d'élaborer, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé (cf. § 4 du présent chapitre).

## **I-2 - Organisation des soins aux personnes détenues**

Pour fournir l'ensemble des prestations sanitaires relevant de sa compétence, l'établissement de santé organise les soins aux personnes détenues au sein de l'établissement pénitentiaire et leur prise en charge en milieu hospitalier, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

### **I-2.1 - L'organisation des soins en milieu pénitentiaire : l'unité de consultations et de soins ambulatoires**

Les soins en milieu pénitentiaire sont dispensés par l'établissement de santé dans une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Celle-ci est constituée par une équipe hospitalière pluridisciplinaire et comporte des équipements médicaux et non médicaux mis en place par l'établissement de santé. Elle est installée, en détention, à l'intérieur de locaux spécifiques aménagés par l'administration pénitentiaire, qui en assure la maintenance.

Les modalités de fonctionnement de l'UCSA sont fixées par un protocole établi conformément au modèle figurant en annexe A.

#### **I-2.1.1 - Statut et organisation de l'UCSA**

L'UCSA est pleinement intégrée dans l'organisation de l'établissement de santé. Cette appartenance hospitalière se concrétise au travers d'une connexion très forte avec les divers services hospitaliers. Le statut d'unité fonctionnelle, rattachée à un service clinique ou à un département hospitalier, permet de répondre à cet objectif dans la très grande majorité des cas. A ce titre, l'UCSA figure dans le projet d'établissement et son activité est identifiée et retracée dans son rapport annuel.

Il n'y a lieu de créer un service autonome que très exceptionnellement, dans le cas d'unités implantées dans des établissements pénitentiaires de grande capacité, nécessitant de ce fait l'intervention d'équipes hospitalières importantes comportant plusieurs temps pleins médicaux.

Le service clinique ou le département de rattachement est choisi en fonction de sa vocation à dispenser des prestations de médecine générale et à assurer la permanence des soins. Les services de médecine ou d'urgences-SMUR ont vocation à répondre à ces exigences.

Le mode d'organisation et le service de rattachement sont mentionnés dans l'annexe I du protocole A.

#### **I-2.1.2 - L'équipe pluridisciplinaire**

Composée de personnels hospitaliers, l'équipe est placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier ou du praticien hospitalo-universitaire responsable de l'unité fonctionnelle. Les responsabilités respectives du chef de service et du responsable de l'unité fonctionnelle sont fixées par les articles L. 6146-5 et L. 6146-6 du CSP. Elles s'exercent dans le respect de la responsabilité médicale de chacun des praticiens qui y intervient.

L'équipe hospitalière chargée des soins somatiques comporte :

- des personnels médicaux : médecins généralistes, y compris internes, médecins spécialistes hors psychiatres, chirurgiens dentistes et pharmaciens ;

- des personnels non médicaux : personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, personnels administratifs et médico-sociaux.

Les personnels détachés de services autres que le service de rattachement de l'UCSA, demeurent sous la responsabilité technique de leur chef de service d'origine et sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du médecin responsable de l'UCSA.

L'affectation au sein de l'équipe hospitalière de l'UCSA repose sur le volontariat des personnels. Cependant, pour faciliter le recrutement, la garantie d'une priorité pour la mobilité au sein des différents services de l'hôpital, doit être donnée aux agents.

La composition de l'équipe hospitalière, exprimée en équivalents temps plein ou en vacances, figure en annexe II du protocole A.

La grille de référence indicative ayant servi de base à l'octroi des moyens aux établissements de santé dans le cadre de la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé dans les établissements pénitentiaires du programme 13000, figure en annexe D.

#### **I-2.1.2.1 - Le personnel médical**

Le praticien responsable de l'unité en assure la responsabilité médicale. Il y exerce une activité régulière de consultation sous l'autorité du praticien chef du service ou du département auquel l'unité est rattachée. En dehors des établissements de faible capacité, il est assisté de médecins généralistes hospitaliers.

L'unité peut également accueillir des internes et des résidents lorsque le service ou le département dont elle dépend est agréé, dans le cadre de leur formation.

Les praticiens exercent dans cette unité dans le respect de leurs obligations de service respectives et participent à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique.

Le tableau des effectifs médicaux est établi de façon à répondre aux impératifs suivants :

- assurer l'ancrage hospitalier des UCSA en favorisant le partage d'activité médicale entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement hospitalier, ce qui présente l'avantage d'offrir des profils de poste diversifiés ;
- éviter cependant le fractionnement des temps médicaux entre un trop grand nombre de praticiens, de façon à préserver la continuité des soins ;
- assurer les remplacements pendant les congés et les absences occasionnelles.

Les praticiens à temps plein, les praticiens exerçant à temps partiel, les assistants, les praticiens adjoints contractuels et les praticiens attachés peuvent exercer leur activité dans plusieurs établissements dans le cadre, notamment, de mises en réseau et d'actions de coopération en application de l'article L.

6134-1 du CSP. Dans ce cadre, leur activité peut être répartie par convention entre plusieurs établissements dont un signataire du protocole.

Les soins dentaires sont dispensés par des chirurgiens-dentistes régis par les statuts médicaux hospitaliers ou hospitalo-universitaires recrutés en fonction de la quotité de temps nécessaire pour faire face aux besoins.

Les consultations spécialisées sont assurées par des médecins spécialistes hospitaliers.

Les consultations des médecins chargés des prestations de médecine générale doivent être fixées et réparties sur l'ensemble de la semaine. Leurs horaires ainsi que ceux des consultations des chirurgiens-dentistes sont précisés en annexe I du protocole A. La périodicité et la nature des consultations spécialisées figurent dans cette même annexe.

### **I-2.1.2.2 - Le personnel soignant**

Le personnel infirmier est placé sous la responsabilité d'un infirmier cadre de santé. Dès lors que l'effectif réel moyen de l'établissement pénitentiaire dépasse 1000 personnes détenues, un infirmier cadre de santé est affecté à l'UCSA. Dans les autres cas, un infirmier cadre de santé du service de rattachement assure cette responsabilité.

Le profil de l'activité en soins détermine la nécessité d'avoir recours ou non à des aides-soignants, dans le respect des textes qui régissent les missions qui peuvent leur être confiées sous la responsabilité du personnel infirmier<sup>2</sup> (cf. § 312 du présent chapitre).

Le statut d'assistant dentaire n'existe pas dans la fonction publique hospitalière. Cependant leur rôle apparaît essentiel pour optimiser l'organisation des soins dentaires. Il importe donc que cette fonction puisse être assurée par des infirmiers(ères) ou par délégation par un(e) aide-soignant(e).

Le tableau de service est élaboré de façon à garantir :

- une répartition optimale des présences infirmières ;
- un maximum d'amplitude horaire d'ouverture de l'UCSA ;
- l'administration des médicaments, conformément aux principes décrits au chapitre III § 2.2.2, et la réalisation des soins nécessaires.

Les horaires de présence du personnel infirmier sont mentionnés en annexe I du protocole A.

### **I-2.1.2.3 - Les manipulateurs d'électroradiologie et les masseurs kinésithérapeutes**

Des temps d'intervention de masseurs-kinésithérapeutes doivent être prévus. Il en est de même pour des temps de manipulateurs d'électroradiologie dès lors que l'UCSA comporte une installation de radiologie, conformément au seuil fixé aux annexes E, F, G.

---

<sup>2</sup> Décrets n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières et n°94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture.

#### **I-2.1.2.4 - Le personnel des services de pharmacie**

Les produits pharmaceutiques sont fournis et dispensés sous la responsabilité du pharmacien assurant la gérance de la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé, conformément aux dispositions du 3° de l'article R. 711-13 du CSP et selon des modalités adaptées à la détention.

Une pharmacie à usage intérieur est implantée par l'établissement de santé au sein de l'établissement pénitentiaire, lorsque celui-ci dispose d'une capacité d'accueil de plus de 1500 personnes détenues ou dès lors que la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé ne peut y assurer quotidiennement la dispensation des médicaments (art. R. 5104-13 du CSP). Celle-ci doit se situer en dehors des locaux de détention. Par capacité d'accueil, on entend la capacité théorique de l'établissement pénitentiaire (annexes E et F sur les locaux). Un pharmacien de l'établissement de santé doit en assurer la gérance à temps partiel ou à temps plein. Il est alors assisté d'un ou plusieurs préparateurs en pharmacie affectés à cette pharmacie.

#### **I-2.1.2.5 - Le personnel administratif**

Le personnel du secrétariat médical constitue un rouage essentiel du dispositif, étant notamment chargé de gérer les consultations médicales et les dossiers médicaux, d'assurer la liaison entre les administrations sanitaires et pénitentiaires ainsi qu'avec les acteurs extérieurs. Il assure également le secrétariat des équipes de psychiatrie générale pour les besoins de leur activité en milieu pénitentiaire. Il doit donc disposer d'un temps de présence suffisant au sein de l'UCSA.

#### **I-2.1.2.6 - Le personnel d'entretien**

L'entretien des locaux des UCSA a désormais vocation à être assuré par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire. Les modalités de fonctionnement et d'organisation seront négociées avec l'établissement public de santé qui pourra notamment affecter ses propres agents (ASH) 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 mise en œuvre de cette mesure fera l'objet d'instructions particulières.

#### **I-2.1.3 - Les locaux, les règles d'hygiène et les équipements nécessaires au fonctionnement de l'UCSA**

En application des dispositions de l'article R. 711-15, 2° du CSP, reprises par l'article D. 370 du code de procédure pénale (CPP), l'administration pénitentiaire met à disposition de l'UCSA des locaux spécialisés destinés aux consultations, aux examens et, le cas échéant, à une implantation de la pharmacie à usage intérieur.

Hors le cas des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) qui disposent, conformément à l'article D. 372 du CPP, de locaux spécifiques dans les établissements où ils sont implantés, les locaux de l'UCSA sont mis à disposition des équipes des secteurs de psychiatrie ainsi que des équipes des antennes de SMPR pour leurs consultations et leurs entretiens. Pour les autres activités thérapeutiques, d'autres locaux peuvent être mis à disposition de ces équipes.

Les modalités pratiques de mise à disposition des locaux spécifiques sont fixées par le protocole qui mentionne également les salles d'activité mises à disposition des équipes de secteurs.

Les prescriptions générales relatives aux locaux et aux équipements de l'UCSA figurent en annexes E, F et G. Elles concernent l'UCSA proprement dite et la pharmacie à usage intérieur (située hors détention), dans les cas où une telle structure est individualisée.

Ces annexes ont respectivement été établies :

- pour l'annexe E (ancien guide) : en 1994, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des soins aux personnes détenues ;
- pour l'annexe F (présent guide) : en 2002, à l'occasion de la construction du programme 4000.

Il s'agit de normes minimales. La norme 2002 (annexe F – présent guide) a vocation à se substituer à la norme 1994 (annexe E - ancien guide). Toutefois, elle n'est actuellement mise en œuvre systématiquement que dans l'ensemble des établissements pénitentiaires construits depuis 2002. Dans les autres établissements son application relève d'une décision de l'administration pénitentiaire et est subordonnée à des critères de faisabilité technique et financière. Dans tous les cas, les projets de construction ou d'extension doivent être élaborés en concertation avec les établissements de santé concernés.

Les locaux aménagés et mis à disposition par l'administration pénitentiaire dans chaque établissement sont décrits en annexe III du protocole A, de même que le programme des travaux éventuellement nécessaires.

Les prises en charge financières respectives par l'administration pénitentiaire et par l'hôpital sont précisées au chapitre IV § 2.2.

Les règles d'hygiène afférentes au milieu hospitalier doivent être respectées dans les locaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Ces règles concernent tant l'entretien des locaux que celui du matériel. A cet effet, il sera fait appel au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de l'établissement de santé chaque fois que nécessaire.

L'établissement de santé est responsable de l'application des bonnes pratiques en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des dispositifs et des équipements.

Cette activité ne doit en aucun cas être confiée aux personnes détenues.

En l'absence d'agents des services hospitaliers, les personnes détenues peuvent être employées à des tâches d'entretien et de maintenance des locaux affectés à l'UCSA, s'agissant des circulations, des couloirs et des salles d'attente. Dans les locaux de soins, elles ne peuvent être employées qu'à l'entretien du sol, en présence d'un membre du personnel infirmier (article 11 et 15 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières). Il importe que ces tâches n'entravent pas l'organisation des consultations et des soins et ne portent pas atteinte à leur confidentialité. Il revient, par ailleurs, à l'administration pénitentiaire de prévoir, pour les personnes détenues employées à ces tâches, un temps de formation en hygiène hospitalière. Cette formation est réalisée sous l'égide des services pénitentiaires dans le cadre de la formation professionnelle des personnes détenues et en liaison avec l'établissement de santé.

Les autres activités relatives à l'hygiène impliquant le nettoyage et la désinfection des locaux de soins, en dehors du sol et de l'environnement, notamment la table de soins et le fauteuil dentaire, relèvent de la compétence du personnel infirmier qui peut déléguer une partie de ces tâches aux aides-soignants (art. 14 et 31 du décret précité).

## **I-2.2 - Organisation des soins en milieu hospitalier : consultations spécialisées et hospitalisations**

Lorsque les examens ou les soins requis ne peuvent être délivrés en milieu pénitentiaire, il appartient à l'établissement de santé signataire du protocole d'organiser la prise en charge sanitaire de la personne détenue, qu'il s'agisse de consultations, d'examens spécialisés ou d'hospitalisation. Selon les cas, il a un rôle d'accueil et/ou d'orientation.

L'établissement hospitalier doit établir un protocole avec le (ou les) chef(s) d'établissement(s) pénitentiaire(s) concerné(s) et les représentants des forces de l'ordre, afin de fixer, en fonction de la topographie des lieux, les mesures à prendre afin d'accueillir les personnes détenues dans des conditions de sécurité optimales pour l'ensemble des patients et du personnel. Le contenu de ces protocoles sera fixé par une circulaire interministérielle.

### **I-2.2.1 - Les consultations spécialisées en milieu hospitalier**

Conformément aux dispositions de l'article R. 711-16-3° du CSP, l'établissement de santé organise l'accès des personnes détenues à l'ensemble des consultations ou aux examens spécialisés qui n'ont pas pu être réalisés dans l'établissement pénitentiaire. Il les assure lui même, chaque fois que son plateau technique et son niveau de spécialisation le permettent. La réalisation de ces consultations en milieu hospitalier nécessite une étroite coordination avec le responsable de l'établissement pénitentiaire, au regard de la question des escortes (cf. chapitre III § 1.1.2.3 et circulaire n° 000117 DAP du 15 juillet 2003 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus conduits en milieu hospitalier).

### **I-2.2.2 - Les hospitalisations en rapport avec une affection somatique<sup>3</sup>**

Les hospitalisations en rapport avec une affection somatique sont réalisées conformément aux dispositions des articles R. 711-19-2° du CSP et D. 391 a) et b) du CPP.

#### **I-2.2.2.1 - Les hospitalisations urgentes ou de très courte durée**

Les personnes détenues nécessitant une hospitalisation urgente ou de très courte durée sont accueillies par l'établissement de santé signataire du protocole.

---

<sup>3</sup> Les hospitalisations pour des motifs psychiatriques qui relèvent des dispositions de l'article R. 711-19-1° du CSP, sont abordées au chapitre II du présent guide.



- L'urgence répond non seulement aux situations où le pronostic vital est engagé mais aussi aux cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques immédiats.

L'alerte sur ces situations d'urgence peut être donnée non seulement par la personne détenue mais aussi par le personnel pénitentiaire qui, en tout état de cause, en assure le relais en toutes circonstances.

En situation d'urgence survenant en dehors des heures d'ouverture de l'UCSA, sans faire obstacle aux dispositions du § I-3.2, la personne détenue peut bénéficier du système de permanence des soins assuré par les médecins de ville.

Dans tous les cas, la décision d'hospitalisation d'un patient détenu adressé aux urgences est du ressort du médecin du service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou de celui de l'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATO), si possible après concertation avec le médecin de l'UCSA.

Si le plateau technique de l'hôpital de proximité est insuffisant pour faire face à l'état de santé de la personne accueillie par son SAU ou par son UPATO, il appartient au personnel de ce service ou de cette unité d'orienter la personne détenue vers l'établissement de santé adapté le plus proche, en mesure de la prendre en charge. Il en est de même en l'absence de lit disponible dans l'établissement de santé.

La durée de séjour dans l'hôpital de proximité, consécutive à cette hospitalisation urgente, n'est pas limitée dans le temps. Toutefois, dès lors que l'hospitalisation est appelée à se prolonger, un transfert vers l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) peut être envisagé. Il n'est réalisé que lorsque le médecin responsable de la prise en charge hospitalière de la personne détenue estime que son état de santé est compatible avec celui-ci. Ce transfert est également subordonné à la disponibilité de places à l'UHSI.

- L'hospitalisation programmée de très courte durée correspond à une hospitalisation en règle générale inférieure ou égale à 48 heures. Toutefois, dans certains cas exceptionnels, notamment lorsque le temps d'accès entre l'établissement pénitentiaire et l'UHSI est important, la durée d'hospitalisation peut être supérieure à 48 heures, sous réserve d'un accord conclu, sous l'égide du préfet du département<sup>4</sup>, entre l'établissement pénitentiaire, les forces de l'ordre et l'établissement de santé de proximité. Cet accord est formalisé sous forme d'une convention fixant la durée localement admise pour l'hospitalisation de très courte durée qui est préalablement soumise à la validation des administrations centrales.

Si le plateau technique de l'hôpital de proximité est insuffisant pour faire face à l'état de santé de la personne, il appartient au médecin de l'UCSA d'organiser l'hospitalisation de la personne détenue dans l'établissement de santé adapté le plus proche, en mesure de la prendre en charge.

Dès lors que l'établissement de santé en est doté, l'hospitalisation est réalisée dans une chambre sécurisée, si l'état de santé de la personne détenue ne requiert pas une hospitalisation en service spécialisé (réanimation par exemple). A défaut, le malade détenu est accueilli dans un service adapté à sa pathologie.

Les chambres sécurisées répondent à un cahier des charges fixé par la note du 17 mai 2001 du ministère de l'intérieur. Leur implantation doit répondre aux critères suivants : une implantation au sein des services actifs de l'hôpital, le plus près possible du plateau technique, de préférence en étage. A l'intérieur de l'unité d'hospitalisation, rien ne doit permettre d'identifier ces chambres par rapport aux autres. Leur aspect extérieur doit être banalisé. La responsabilité médicale de la prise en charge de la personne détenue incombe à un praticien de l'unité d'hospitalisation dans laquelle elle est intégrée, qui

---

<sup>4</sup> Dans l'hypothèse où l'établissement pénitentiaire n'est pas situé dans le même département que l'établissement de santé de proximité, la convention est signée par les deux préfets.

fait appel, en tant que de besoins, à l'intervention de médecins d'autres spécialités.

#### **I-2.2.2.2 - Les hospitalisations dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)**

Les hospitalisations excédant la très courte durée ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé sont mises en œuvre dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) définies par l'arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

L'objectif poursuivi est de concilier les impératifs de qualité des soins et de rationalisation des escortes et des gardes des personnes hospitalisées.

A cette fin, les UHSI sont implantées dans des centres hospitaliers régionaux. La liste et la capacité d'accueil de ces unités sont fixées par l'arrêté interministériel précité, qui a prévu la création de telles unités à Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Rennes, Toulouse, Marseille. L'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) constitue le huitième pôle d'hospitalisation interrégional des patients détenus, en complémentarité avec l'UHSI implantée au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)<sup>5</sup>. Cet arrêté précise les aires d'attraction interrégionales des UHSI ainsi que les modalités de remboursement par l'administration pénitentiaire de la sécurisation de ces unités. Un cahier des charges fixant l'aménagement des UHSI lui est annexé.

Toutefois, ces dispositions ne font pas obstacle à l'hospitalisation des personnes détenues dans des services très spécialisés, dès lors que leur état de santé l'exige.

#### **I-2.2.2.3 - L'hospitalisation des femmes enceintes**

Les hospitalisations pour les accouchements ou en cours de grossesse, sont également soumises au principe de proximité. Néanmoins elles doivent être réalisées dans un service adapté à l'état de santé de la mère et du nouveau né, conformément aux dispositions de l'article D. 400 du code de procédure pénale (CPP). En fonction de ces deux critères elles sont donc réalisées, selon les cas, dans la maternité de niveau I, II ou III la plus proche.

Les conditions de garde des femmes enceintes dans les établissements de santé sont définies par la note DAP n° 13 du 10 février 2004.

Un proche de la personne détenue (conjoint, concubin, PACS ...) peut assister à l'accouchement sous réserve qu'il soit titulaire d'un permis de visite.

#### **I-2.2.2.4 - Cas particuliers : personnes détenues appartenant aux forces armées et personnes détenues autorisées à être hospitalisées en établissement de santé privé**

Ces règles relatives à l'hospitalisation s'appliquent à l'ensemble des personnes détenues, sous réserve des dispositions figurant aux deux derniers alinéas de l'article D. 391 du CPP, qui traitent de la

---

<sup>5</sup> L'EPSNF a également une vocation interrégionale en matière de soins de suite, comme l'UHSI de Marseille, ainsi qu'une vocation nationale en matière de réadaptation fonctionnelle.

situation particulière des malades détenus appartenant aux forces armées ainsi que des personnes détenues autorisées par le directeur régional des services pénitentiaires à être hospitalisées dans un établissement privé.

### **I-2.2.3 - Les interruptions volontaires de grossesse**

Elles sont réalisées conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun et aux recommandations de bonnes pratiques édictées par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Une interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être demandée pour toute femme estimant que sa grossesse la place dans une situation de détresse. L'IVG, réalisée dans un établissement de santé par un médecin, est précédée de deux consultations médicales obligatoires séparées par un délai d'une semaine au minimum. Les démarches nécessaires et les techniques d'IVG sont précisées dans le dossier-guide remis à la femme lors de la 1<sup>ère</sup> consultation médicale. La femme choisit avec le médecin la méthode d'IVG qui sera pratiquée lors de la 1<sup>ère</sup> ou de la 2<sup>ème</sup> consultation médicale :

- l'IVG chirurgicale peut être pratiquée jusqu'à la fin du délai légal (fin de la 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse, soit 14 semaines après le début des dernières règles) ;
- l'IVG médicamenteuse est réalisée dans des conditions plus restrictives de délais. Le recours à cette technique est recommandé avant la fin de la 5<sup>ème</sup> semaine de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhées.

Si les démarches pour accéder à une interruption volontaire de grossesse ont été entreprises tardivement et s'il existe un risque de dépassement du délai légal, le délai d'une semaine prévu entre les deux consultations médicales obligatoires est réduit (art. L. 2212-5 du CSP).

Un entretien psycho-social (obligatoire pour les mineures et systématiquement proposé aux femmes majeures) se déroule entre les deux consultations médicales (délai une semaine). Il est réalisé dans une des structures visées à l'article L. 2212-4 du CSP et offre à la femme l'occasion de dialoguer à propos de l'intervention et de sa situation personnelle. Il lui permet aussi de demander et de recevoir des informations sur la contraception.

Le médecin de l'UCSA oriente la femme vers un établissement public de santé habilité à réaliser des interruptions volontaires de grossesse.

Un soutien psychologique peut également lui être proposé.

Toutes mesures doivent être prises afin que l'intervention puisse être réalisée dans les délais légaux.

Les recommandations de l'ANAES préconisent que toute patiente demandant une IVG doit obtenir une consultation dans les 5 jours suivant son appel.

### **I-3 - Prestations délivrées par l'UCSA**

Le praticien responsable de l'UCSA est chargé, conformément aux dispositions des articles R.

711-13 et R. 711-14 du CSP, reprises par l'article D. 379 du CPP, d'organiser le suivi médical des personnes détenues.

Il lui revient également de coordonner les actions de prévention mises en œuvre à leur égard (cf. § 4 du présent chapitre).

### **I-3.1 - Les prestations de médecine générale**

Les prestations de médecine générale comportent l'ensemble des soins médicaux et infirmiers concourant au suivi des personnes détenues.

#### **I-3.1.1 - Les aspects médicaux**

Les médecins chargés des prestations de médecine générale au sein des UCSA assurent les consultations nécessaires au suivi des personnes détenues et des consultations spécifiques en milieu pénitentiaire. Ils ont notamment la charge de l'examen médical d'entrée, de la visite au quartier d'isolement, de la visite des personnes détenues placées au quartier disciplinaire, du suivi des personnes détenues en grève de la faim et/ou de la soif, de l'examen médical des personnes détenues soumises à des mesures de contrainte physique.

##### **I-3.1.1.1 - Les consultations nécessaires au suivi des personnes détenues (art. R. 711-16-1° du CSP et D. 381 du CPP)**

Les médecins assurent les consultations médicales nécessaires au suivi des personnes détenues. Elles répondent à des demandes formulées soit par la personne détenue elle-même, soit, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par tout autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue.

L'acheminement des demandes de consultations vers l'UCSA est assuré :

- au moyen d'une boîte à lettres réservée à cet effet, directement accessible aux personnes détenues à l'occasion de leurs mouvements en détention (mouvement de promenade par exemple) et dont seuls les personnels soignants détiennent la clef ;
- par le personnel pénitentiaire qui relaye les demandes orales ou écrites. Lorsque la demande est formulée sous pli fermé, la confidentialité en est respectée.

##### **I-3.1.1.2 - Les consultations spécifiques en milieu pénitentiaire**

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

- l'examen médical d'entrée des personnes venant de l'état de liberté ;

- les visites au quartier d'isolement ;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire ;
- la prise en charge des personnes détenues grévistes de la faim et/ou de la soif.

En application de l'article D. 283-3 du CPP, le médecin peut prescrire un moyen de contrainte.

Par ailleurs, à la demande du chef d'établissement pénitentiaire, il peut être amené à examiner une personne détenue pour laquelle un moyen de contrainte a été utilisé.

Il est à noter, s'agissant de la situation des personnes détenues placées à l'isolement ou au quartier disciplinaire, qu'il n'appartient pas au médecin de se prononcer sur la décision prise, qui ne relève, ni de sa compétence, ni de sa responsabilité. En ce qui concerne l'isolement, son avis, lorsqu'il est préalablement sollicité, porte uniquement sur l'éventuelle incompatibilité de la mesure au regard de l'état de santé des personnes détenues (cf. Ch III, § 1.2.2.2 et 1.2.2.3).

Par ailleurs, les enfants de moins de 18 mois laissés auprès de leur mère en détention, n'étant pas détenus, ne relèvent pas de la compétence de l'UCSA sauf lorsque des soins d'urgence sont requis, dans l'attente de l'intervention des services d'urgence ou du praticien choisi par la mère.

#### **I-3.1.1.2.1 - L'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté (art. R. 711-16-1° du CSP et D. 381 a) du CPP)**

Ce premier examen doit avoir lieu dans les plus brefs délais, avec le consentement de la personne détenue, de façon à déceler toute affection contagieuse ou évolutive, à mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives et à assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement. A ce titre, une attention particulière doit être portée aux personnes détenues pour lesquelles la notice individuelle remplie par l'autorité judiciaire (art. D. 32-1 et art. D. 55-1 du CPP) mentionne la nécessité d'un examen urgent.

Il doit être aussi l'occasion de pratiquer un examen médical, de contrôler l'état vaccinal, de proposer une consultation spécialisée, si nécessaire, notamment en cas de troubles psychiatriques ou psychologiques, de conduites addictives ou de risques suicidaires.

Dans les établissements pénitentiaires où un entretien psychiatrique systématique d'entrée ne peut être réalisé par l'équipe psychiatrique, une procédure de signalement et de réponse à l'urgence devra être formalisée entre les équipes de soins somatiques et psychiatriques. A cet égard, une attention particulière devra être portée aux personnes détenues signalées par le juge d'instruction par le biais de la notice individuelle comme nécessitant un examen psychiatrique urgent. Elles devront bénéficier d'un entretien avec un membre de l'équipe psychiatrique dans les meilleurs délais.

Si l'examen d'entrée n'est pas obligatoire à l'occasion du transfert entre établissements pénitentiaires d'une personne détenue, toutes mesures doivent être prises pour assurer la continuité de la surveillance médicale, en fonction des éléments transmis par l'équipe médicale précédemment en charge de cette personne (cf. chapitre III § 2.3.2).

### **I-3.1.1.2.2 - Les visites aux personnes détenues placées au quartier d'isolement (art. D. 283-1 et D. 381 c) du CPP)**

La liste des personnes détenues présentes au quartier d'isolement est communiquée quotidiennement aux équipes médicales (UCSA et SMPR). Le médecin se rend au quartier d'isolement au moins deux fois par semaine et y visite les personnes détenues chaque fois qu'il l'estime nécessaire. A l'occasion de ce déplacement, il vise le registre de visite.

Il appartient au médecin, chaque fois qu'il l'estime utile au regard de l'état de santé de la personne détenue, d'émettre un avis sur l'opportunité de mettre fin à la mesure d'isolement (cf. chapitre III, § 1.2.2.3).

Par ailleurs, le médecin est informé par l'administration pénitentiaire des éventuelles prolongations de la mesure. Son avis n'est requis que dans le cadre de la procédure de prolongation de la mesure d'isolement au delà d'un an (cf. chapitre III, § 1.2.2.2). L'administration peut également solliciter son avis lorsque le placement à l'isolement concerne un mineur<sup>6</sup>.

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

### **I-3.1.1.2.3 - Les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire (art. D. 251-4, 251-8 et D. 381 b) du CPP)**

Conformément aux dispositions de l'article D. 251-4 du CPP, la liste des personnes présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement aux équipes médicales (UCSA et SMPR). En dehors des horaires d'ouverture de l'UCSA, elle lui est adressée par tout moyen approprié. Il peut notamment suffire de déposer la liste dans la boîte à lettres de l'UCSA. L'équipe médicale en prend connaissance dès sa prise de service, au plus tard le lendemain matin. Dès lors, il n'y a pas lieu de communiquer cette liste aux médecins intervenant ponctuellement dans le cadre des urgences (centre 15, S.O.S. médecins...).

Les médecins visitent, sur place, chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'ils l'estiment nécessaire. Cette visite peut avoir lieu, soit dans la cellule de la personne détenue, soit dans un local du quartier disciplinaire, en présence ou non du personnel pénitentiaire, pour des raisons de sécurité du médecin. Si, entre ces visites, l'état de santé de la personne détenue est jugé préoccupant par le personnel pénitentiaire, celui-ci le signale à un médecin. La visite peut également être demandée par la personne détenue elle-même. Toutes ces visites doivent faire l'objet d'une mention au dossier médical. (cf. chapitre II § 2.4.1.2).

Dans le cas où un examen plus approfondi s'avère nécessaire, il est réalisé dans les locaux de l'UCSA, selon des modalités définies par le chef de l'établissement pénitentiaire en liaison avec le médecin responsable de l'UCSA.

Lors de chacune de ses visites au quartier disciplinaire, le médecin vise le registre mis en place à cet effet, mais non les fiches individuelles de procédure disciplinaire.

---

<sup>6</sup> Circulaire JUSE n° 9840065C du 14 décembre 1998 relative au placement à l'isolement

La continuité des soins, y compris les consultations spécialisées et les explorations à l'hôpital, doit être assurée dans les lieux adaptés (UCSA, établissement hospitalier) pendant l'exécution de la mesure de mise au quartier disciplinaire. Les modalités d'administration des médicaments relèvent, dans ce lieu également, de la responsabilité médicale et leur administration est réalisée, comme dans tous les autres secteurs de la détention, par le personnel soignant, conformément aux procédures de dispensation des médicaments.

Si la personne détenue placée au quartier disciplinaire est sous traitement médical (y compris psychothérapeutique), il appartient au médecin, au vu de la liste qui lui est communiquée, de s'assurer que le maintien au quartier disciplinaire n'est pas de nature à compromettre ou à aggraver sa santé et que la continuité des soins peut être garantie.

Si, à l'occasion d'une visite, le médecin estime que l'exécution de la mesure disciplinaire est de nature à compromettre la santé de la personne détenue, il le signale au moyen d'un certificat médical au chef d'établissement pénitentiaire qui suspend la mesure.

Par ailleurs, afin de permettre, le cas échéant, le suivi d'un traitement médical, le chef d'établissement pénitentiaire peut, notamment sur la base d'un certificat médical, prononcer un aménagement de la sanction : dispense de tout ou partie de l'exécution de la sanction, suspension ou fractionnement de son exécution (art. D. 251-8 du CPP).

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

Tous les avis et tous les certificats médicaux concernant les personnes détenues placées au quartier disciplinaire sont portés au dossier médical.

#### **I-3.1.1.2.4 - La prise en charge des personnes détenues grévistes de la faim et/ou de la soif (art. D. 364 du CPP)**

Leur suivi doit faire l'objet d'une surveillance particulière. Les conditions de leur prise en charge médicale, lorsqu'elles se livrent à une grève de la faim et/ou de la soif prolongée, sont précisées au chapitre III : § 1.3.2.3 et § 1.3.2.2.3 (consentement aux soins).

#### **I-3.1.1.2.5 - Les moyens de contrainte utilisés par l'administration pénitentiaire "en cas de fureur ou de violence grave" (art. D. 283-3 du CPP)**

S'il n'existe pas d'autre possibilité de maîtriser une personne détenue, de l'empêcher de causer des dommages ou de porter atteinte à elle-même ou à autrui, le chef d'établissement pénitentiaire peut décider d'employer les moyens de contrainte physique visés à l'article 726 du CPP. Il s'agit, en l'occurrence, d'une mesure conservatoire et immédiate de sécurité.

Si le médecin, alerté par le chef de l'établissement pénitentiaire de la mesure prise, estime que celle-ci est incompatible avec l'état de santé de la personne détenue le chef d'établissement pénitentiaire met alors fin à la contrainte (cf. chapitre III, § 1.2.2.2).

### **I-3.1.2 - Les aspects infirmiers**

Le personnel infirmier répond aux demandes de soins dans le cadre de son rôle propre, dispense les soins et administre les médicaments sur prescription médicale, conformément aux dispositions du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. La mise en œuvre des protocoles de soins d'urgence est précisée à l'article 13 du décret précité<sup>7</sup>.

Appartenant au service de soins infirmiers de l'établissement de santé et placé sous la responsabilité d'un cadre infirmier, le personnel infirmier de l'UCSA participe à l'amélioration de la qualité des soins, à la prise en charge de la personne détenue, à l'élaboration du projet de soins infirmiers et au rapport annuel d'activité de soins.

Il exerce son rôle soignant dans toutes ses dimensions : préventive, éducative, curative et relationnelle. Il convient, en effet, de souligner l'importance de la relation soignant/soigné qui constitue un lien privilégié, auquel la personne détenue attache une grande importance, et qui peut être utilisée à des fins d'éducation pour la santé.

Par ailleurs, dans le cadre de ses missions, le personnel infirmier :

- met en place les moyens relevant de sa compétence pour améliorer l'organisation des soins, faciliter leur évolution et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- veille au respect des règles d'hygiène dans les pratiques de soins, à l'égard des personnes ayant accès à l'UCSA et dans l'entretien des locaux ;
- participe à la formation de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes détenues et à l'organisation des soins dans le cadre de l'UCSA ;
- contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de sortie, en articulation avec les services pénitentiaires concourant à la réinsertion des personnes détenues.

### **I-3.2 - La réponse aux urgences en dehors des heures de présence médicale à l'UCSA**

Le médecin responsable organise les modalités de recours à un médecin en cas d'urgence, en dehors des heures de présence médicale à l'UCSA. Cette organisation figure en annexe I du protocole A. Les modalités pratiques de recours à ce dispositif de permanence des soins sont consignées dans un document, à disposition de l'ensemble des personnels concernés.

Conformément aux dispositions de l'article D. 374 du CPP, les personnels pénitentiaires appliquent les directives prévues par ce document. Ils interviennent, soit à la demande de la personne détenue, soit de leur propre initiative si son état leur apparaît préoccupant. Le personnel d'encadrement de

---

<sup>7</sup> En l'absence du médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgences préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part d'un compte-rendu écrit, daté, signé et remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger le patient vers la structure de soins la plus appropriée à son état. (Article 13 du décret du 11 février 2002).



permanence doit notamment disposer des coordonnées téléphoniques d'un interlocuteur sanitaire qualifié, capable de répondre à tout moment. Ce dernier déclenche les moyens d'intervention appropriés.

L'établissement pénitentiaire est invité à mettre en place un dispositif permettant à la personne détenue concernée de communiquer directement par téléphone avec le médecin régulateur du centre 15 ou de l'établissement de santé. Les modalités doivent être intégrées au protocole. L'établissement pénitentiaire met en place des dispositifs garantissant la confidentialité de l'entretien médical ainsi que la sécurité de la communication entre le médecin et la personne détenue.

La mise en relation téléphonique directe entre la personne détenue et le médecin régulateur est de nature à permettre à ce dernier d'évaluer la situation sanitaire de l'intéressée et de pouvoir décider si une intervention médicale urgente doit être décidée. Elle permet de mieux cerner les cas d'urgence vitale et d'éviter ainsi de prendre du retard dans la dispensation des soins pouvant entraîner des conséquences graves pour les personnes détenues. En outre, elle permet de limiter le déplacement des médecins aux seuls cas qui l'exigent et de diminuer le nombre d'extractions médicales.

Ce dispositif place les personnels pénitentiaires dans une position plus conforme à leur mission de surveillance et de sécurité en ne les mettant plus dans une position d'intermédiaire entre la personne détenue et le médecin régulateur.

En pratique, il convient de distinguer les modalités de régulation des appels et les moyens d'intervention mis en œuvre (une réflexion est en cours dans le cadre plus général des travaux sur les urgences pré-hospitalières et hospitalières) :

#### - La régulation des appels

En cas d'urgence vitale, le centre 15 est obligatoirement l'interlocuteur désigné.

Dans les autres cas, la régulation des appels est préférentiellement confiée au centre 15. Cependant, en fonction des situations locales, elle peut reposer sur d'autres dispositifs, sous réserve que ceux-ci soient en mesure de déclencher à tout moment l'intervention appropriée à la situation.

#### - Les moyens d'intervention

Dans la majorité des cas, l'effectif médical de l'UCSA est insuffisant pour assurer seul la permanence des soins. Cependant, le nombre d'interventions en dehors des heures de présence médicale habituelle est généralement limité. En règle générale, l'instauration d'une garde médicale spécifique ne se justifie donc pas et la réponse médicale aux appels provenant de l'établissement pénitentiaire doit être intégrée dans le tableau de gardes et d'astreintes de l'établissement de santé, sans création de garde supplémentaire.

Cependant, des difficultés pourront être rencontrées, par exemple du fait de la spécialisation des gardes et de l'absence de garde de médecine générale dans l'établissement de santé ou lorsque l'établissement hospitalier est relativement éloigné de l'établissement pénitentiaire. Il importe alors de retenir des solutions pratiques utilisant au mieux le potentiel local et répondant à un double principe d'économie et de sécurité.

Le recours au médecin du système de garde libérale de la ville, rémunéré à l'acte en tant que consultant exceptionnel, peut ainsi être envisagé en substitution du système de garde hospitalière. Dans

cette hypothèse, il est indispensable qu'une convention soit conclue entre l'établissement de santé et les médecins du système de garde libérale.

### **I-3.3 - Les soins dentaires**

Chaque personne détenue doit pouvoir bénéficier d'un examen bucco-dentaire dans le cadre de l'examen médical approfondi d'entrée et avoir accès aux soins dentaires qui lui sont nécessaires dans des délais appropriés à son état clinique.

Comme pour les autres soins, la personne détenue bénéficie de la prise en charge de l'ensemble des actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels, dans la limite des tarifs de responsabilité. Le chirurgien-dentiste hospitalier ne peut pratiquer que des actes inscrits à cette nomenclature. Les dépassements autorisés pour certains actes sont à la charge des personnes détenues. Dès lors que les appareillages sont médicalement justifiés, l'administration pénitentiaire peut se substituer aux personnes détenues dont les ressources sont insuffisantes, dans les conditions prévues à l'article D. 367 du CPP.

Toutefois, le détenu titulaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) bénéficie de la prise en charge des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, dans des limites fixées par l'arrêté du 31 décembre 1999 modifié (art. L. 861-3, 3° du code de la sécurité sociale).

### **I-3.4 - Les consultations spécialisées**

Des consultations spécialisées sont organisées au sein de l'établissement pénitentiaire. L'objectif est d'assurer sur place le maximum de consultations spécialisées, afin de limiter les difficultés inhérentes aux déplacements des personnes détenues à l'extérieur, du fait notamment de la nécessité de mobiliser des personnels pour assurer la sécurité.

Le tableau de ces consultations spécialisées est établi en fonction des besoins recensés et des possibilités matérielles d'organisation. Les spécialités les plus souvent concernées sont l'ophtalmologie, la dermatologie, l'ORL, la pneumologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, la gynécologie-obstétrique.

Les femmes enceintes bénéficient d'un suivi prénatal spécialisé réalisé par une équipe de gynécologie-obstétrique. La dernière visite prénatale sera assurée obligatoirement par l'équipe hospitalière en charge de l'accouchement.

Le suivi des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est organisé en liaison avec les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) ou les services spécialisés de référence.

Lorsque le volume d'activité ne justifie pas l'instauration d'une consultation spécialisée régulière, des interventions ponctuelles de spécialistes peuvent être réalisées.

La mise en place d'un réseau de télé-médecine (visioconférence, télé-radiologie, télé-transmission des résultats, téléconsultation) permet aux médecins des UCSA et des SMPR de bénéficier de la technicité du plateau technique hospitalier et de l'accès à des avis spécialisés sans pour autant recourir à des extractions médicales, tout en garantissant la sécurité et la confidentialité des informations transmises. A

cet égard, un programme est en cours d'expérimentation. Il convient de souligner que le recours à ces nouvelles techniques d'information et de communications médicales ne se substitue pas au nécessaire dialogue entre le médecin traitant et la personne détenue.

### **I-3.5 – Soins fréquents ne nécessitant pas d'hospitalisation**

L'état de santé de certaines personnes détenues peut exiger des soins fréquents sans pour autant nécessiter une hospitalisation. Afin de faciliter la réalisation de ces soins, des cellules peuvent être réservées à l'hébergement momentané de ces personnes sur la base d'un accord entre le médecin responsable de l'UCSA et le chef d'établissement pénitentiaire, conformément à l'alinéa 2 de l'article D. 370 du CPP. L'affectation dans ces cellules est de la compétence du chef d'établissement pénitentiaire, qui prend sa décision sur proposition du médecin responsable de l'UCSA.

### **I-3.6 - Les autres prestations**

#### **I-3.6.1 - La fourniture et la dispensation des médicaments et des produits pharmaceutiques**

En application du 3° de l'article R.711-13 du CSP, la fourniture et la dispensation de l'ensemble des médicaments et autres produits de santé nécessaires à la prise en charge sanitaire de la personne détenue, y compris au titre de la psychiatrie, sont à la charge de l'établissement de santé responsable des soins somatiques, qu'il assure également ou non les prestations psychiatriques.

Ces produits sont dispensés conformément aux dispositions de l'arrêté du 31 mars 1999 relatif la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé.

Les questions relatives à la prescription et à l'administration des médicaments sont détaillées au chapitre III § 2.2.

#### **I-3.6.2 - La réalisation des examens de laboratoire et de radiologie**

Les examens nécessaires au suivi sanitaire des personnes détenues, au sein de l'établissement pénitentiaire, sont à la charge de l'établissement de santé. En est exclue celle des examens de dépistage afférents aux actions de prévention qui sont à la charge des départements ainsi que ceux réalisés par un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ne relevant pas de l'hôpital. En sont exclus également les examens biologiques et radiologiques demandés dans le cadre d'une procédure judiciaire (enquête ou expertise).

Les prestations relatives aux examens de laboratoire incluent la réalisation des prélèvements, leur acheminement vers un laboratoire d'analyse de biologie médicale et leur analyse. L'établissement de santé peut confier, par voie de convention, tout ou partie de cette activité à un laboratoire d'analyses de biologie médicale public ou privé, notamment en cas d'éloignement de l'établissement pénitentiaire. Quelles que soient les modalités pratiques retenues, la charge financière incombe intégralement à l'établissement de santé. Il convient de veiller à ce que les résultats des examens soient adressés à l'UCSA sous pli confidentiel.

Hors le dépistage radiologique de la tuberculose encore à la charge des départements, les examens radiologiques pouvant être pratiqués en milieu pénitentiaire sont limités à des clichés thoraciques, osseux ou d'abdomen, sans préparation, qui représentent un volume d'activité relativement faible.

L'installation d'une salle de radiologie n'est donc jugée indispensable que dans les établissements pénitentiaires dépassant un certain volume (cf. annexes E et G). Cependant, dès lors que ces installations existent, les clichés doivent être réalisés par des manipulateurs d'électro-radiologie médicale sous la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement (art L. 4351-1 du CSP). Les manipulateurs d'électro-radiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale. La périodicité de leurs interventions est fixée en fonction des besoins recensés.

Lorsqu'un appareil de radiologie est exclusivement destiné aux actions de dépistage de la tuberculose, ses coûts d'acquisition, d'amortissement et de maintenance relèvent encore intégralement du conseil général.

### **I-3.6.3 - La prescription et la fourniture des appareillages et des prothèses**

Les appareillages et les prothèses font, comme les médicaments, l'objet d'une prescription dans le cadre de l'activité de l'UCSA.

Les appareillages et les prothèses, ainsi que leur renouvellement éventuel, sont réalisés à la diligence de l'établissement de santé signataire du protocole, soit directement, soit par l'intermédiaire de fournisseurs.

Les modalités de prise en charge financière des appareillages et prothèses sont précisées au chapitre IV § 2-2-2-3-2.

### **I-3.6.4 - La prescription des transports sanitaires**

Les conditions sanitaires de transport des personnes détenues, en vue d'une hospitalisation ou d'une consultation extérieure, sont déterminées et prescrites par le médecin de l'UCSA ou, en cas d'urgence justifiée, par un autre médecin, voire par une infirmière (décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Doivent être impérativement précisés :

- le mode de transport (assis, couché) ;
- le type de transport : véhicule médicalisé (SMUR), ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL), véhicule pénitentiaire.

L'utilisation de véhicules de transport sanitaire à des fins autres que médicales (extraction judiciaire, transfert vers un autre établissement pénitentiaire ...) nécessite une prescription médicale, mais elle ne relève pas, pour autant, de l'assurance maladie et est prise en charge par l'administration pénitentiaire.

Les modalités de prise en charge financière des transports sanitaires sont précisées au chapitre IV § 2-2-2-3-1.

### **I-3.6.5 - Les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles dans l'établissement pénitentiaire**

L'UCSA bénéficie des conseils de l'équipe responsable de l'hygiène au niveau de l'établissement de santé afin que les recommandations visant à garantir la sécurité des personnes détenues soignées et du personnel soignant vis à vis du risque infectieux soient appliquées conformément aux règles en vigueur en milieu hospitalier.

Le médecin responsable de l'UCSA veille, conformément aux dispositions de l'article D. 380 du CPP, à l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle dans l'établissement pénitentiaire. Pour ce faire, il agit en partenariat avec le chef d'établissement pénitentiaire qui est responsable de la mise en œuvre de la politique d'amélioration de l'hygiène et des conditions de vie en détention développée par l'administration pénitentiaire.

Il est habilité à visiter l'ensemble des locaux de l'établissement, à signaler aux services compétents les insuffisances en matière d'hygiène et, de manière générale, toute situation susceptible d'affecter la santé des personnes détenues. Il donne son avis sur les moyens d'y remédier. Cette mission ne fait pas obstacle à celle de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et des services déconcentrés du ministère de la santé chargés du contrôle de l'hygiène en milieu pénitentiaire, en vertu des dispositions de l'article D. 348-1 du CPP.

Les règles d'hygiène s'appliquant dans les établissements pénitentiaires sont celles définies pour toute collectivité par la réglementation en vigueur (règlement sanitaire départemental, arrêté du 9 mai 1995 relatif à l'hygiène des aliments remis directement au consommateur et arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective) tant dans le domaine de l'entretien général de l'établissement que dans celui de l'hygiène alimentaire. En effet, une vigilance particulière est nécessaire sur ce dernier point au regard des conséquences possibles d'une toxoinfection alimentaire collective. Le médecin de l'UCSA veille à l'état de santé des personnes détenues affectées aux cuisines. Il doit effectuer les examens médicaux et les contrôles bactériologiques conformément aux dispositions de l'arrêté du 10 mars 1977. Il s'assure également que les personnes détenues classées travaillant aux cuisines soient systématiquement informées des règles relatives à l'hygiène alimentaire<sup>8</sup>.

Dans le cadre de la prévention des risques infectieux, le médecin de l'UCSA conseille la direction de l'établissement pénitentiaire sur les techniques et les produits à utiliser, notamment en matière de décontamination du matériel de coiffure. Il transmet à la direction de l'établissement pénitentiaire le protocole à suivre. Lorsque des mesures de prophylaxie individuelles sont nécessaires, elles sont mises en œuvre en liaison avec le médecin de prévention chargé d'assurer l'hygiène et la prévention auprès du personnel pénitentiaire (art. D. 384 et suivants du CPP).

Par ailleurs, les règles habituelles de déclaration des maladies et d'alerte de l'autorité sanitaire s'appliquent.

### **I-3.7 - Le traitement des déchets d'activités de soins**

Le traitement des déchets d'activités de soins de l'UCSA est à la charge de l'établissement de santé (art. R. 711-13 du CSP). Celui-ci organise leur stockage, leur ramassage et leur transport réguliers

---

<sup>8</sup> Par contre la surveillance médicale des personnels pénitentiaires affectés aux cuisines n'est pas dans ses attributions et relève de leur service de médecine de prévention

conformément aux règles en vigueur, selon un rythme à déterminer en fonction de l'activité de l'UCSA.

L'élimination des déchets ménagers ou assimilables est à la charge de l'administration pénitentiaire.

Une attention particulière doit être apportée à l'élimination des documents médicaux et administratifs afin de ne pas compromettre leur caractère confidentiel.

#### **I-4 - Les actions de prévention**

La prévention incluant l'éducation pour la santé et la réduction des risques font partie intégrante des missions de l'établissement de santé signataire du protocole, qu'il s'agisse de prévention :

- primaire (environnement, conditions de vie, hygiène, éducation pour la santé, vaccinations...),
- secondaire (dépistages),
- tertiaire (soins et éducation thérapeutique du patient).

Dans le cadre de ses missions "l'établissement public de santé coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire" (art. R. 711-14 du CSP). A ce titre, il élabore un programme en accord avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation, l'établissement pénitentiaire, ainsi qu'avec les préfets de région et de département et le président du conseil général pour les actions et les services, dont sont respectivement responsables l'Etat et le département. Les organismes d'assurance maladie ainsi que les autres activités et associations concernées sont associés à ce programme sur lequel le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation donne son avis.

Les actions de prévention ont la spécificité d'impliquer, aux côtés des personnels hospitaliers, d'autres partenaires internes ou externes au milieu pénitentiaire. L'établissement de santé veille à ce que des outils de prévention et de réduction des risques de transmission des maladies infectieuses soient mis à la disposition des personnes incarcérées.

La réalisation des actions de prévention relevant de la compétence de l'Etat et du conseil général peut être déléguée par voie de convention à l'établissement de santé, dans certains cas et en fonction des situations locales. Celui-ci a par ailleurs, toute latitude pour engager ou impulser des actions complémentaires et/ou novatrices en collaboration avec les partenaires de son choix, avec l'accord des services pénitentiaires.

##### **I-4.1 - La coordination des actions de dépistage**

Les actions de dépistage en milieu pénitentiaire font intervenir différents acteurs de santé, qui peuvent être extérieurs à l'UCSA. Le médecin responsable de l'UCSA doit à la fois s'assurer de la cohérence de ces interventions et veiller à l'efficacité de leur mise en œuvre. A cette fin, des conventions sont signées, fixant les modalités de réalisation de ces actions adaptées aux situations locales.

Pour des raisons de confidentialité, la communication du résultat d'un test de dépistage à une personne détenue reste orale. Toutefois, la communication écrite de ces résultats de tests de dépistage ne peut être refusée aux personnes détenues qui en font la demande (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). En tout état de cause, ces résultats écrits sont remis à la personne détenue, sous pli cacheté, au moment de sa libération.

#### **I-4.1.1 - Le dépistage obligatoire de la tuberculose**

En raison, d'une part, des facteurs de risque présentés par une majorité des personnes détenues avant même leur incarcération et, d'autre part, des conditions de promiscuité inhérentes à la vie carcérale, le dépistage de la tuberculose est systématique pour toutes les personnes arrivant de l'état de liberté.

Les activités de dépistage de la tuberculose relèvent des conseils généraux. L'établissement de santé doit, en liaison avec la DDASS, prendre contact avec les services compétents du conseil général afin de déterminer avec eux, en fonction des conditions locales, leurs modalités d'intervention. En tout état de cause, et quelles que soient les solutions adoptées, le coût de ce dépistage est à la charge du conseil général.

En cas d'utilisation de rayonnements ionisants, les éléments de justification et d'optimisation devront être conformes aux articles R. 1333-55 à R. 1333-74 du CSP. En pratique le médecin de l'UCSA devra s'assurer préalablement à l'examen radiologique, lors de l'examen médical systématique d'entrée, que le rapport bénéfice/risque n'est pas défavorable à la personne détenue (cas de la femme enceinte, des clichés radiologiques récents ...).

Le dépistage par intradermo-réaction peut également être envisagé sous réserve de certaines conditions :

- réalisation et lecture du test par un personnel soignant compétent et entraîné (médical ou infirmier) ;
- interprétation par le médecin de l'UCSA, conformément aux recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 14 mars 2003 relatif au traitement de la tuberculose infection (cf. avis du CSHPF, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)).

Quel que soit le mode de dépistage, le délai entre l'entrée en détention et la connaissance du résultat du dépistage ne doit pas excéder une semaine.

Les dispositions de la circulaire DGS/DAP n° 98-538 du 21 août 1998 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire vont être adaptées en ce sens.

La découverte, par l'équipe médicale, d'un cas de tuberculose pulmonaire contagieuse impose, dès sa suspicion, des liaisons immédiates avec le chef de l'établissement pénitentiaire afin que soient prises toutes les mesures prophylactiques nécessaires à l'égard des personnes détenues et des personnels.

L'enquête autour d'un cas confirmé de tuberculose pulmonaire contagieuse est entreprise avec le médecin de prévention du personnel pénitentiaire, le médecin du travail de l'établissement public de santé et le service départemental de lutte contre la tuberculose.

La déclaration obligatoire des cas de tuberculose est faite par le médecin ayant effectué le diagnostic. Elle est transmise au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS par le médecin responsable de l'UCSA.

#### **I-4.1.2 - Les autres actions de dépistages**

Les dépistages proposés à la population générale en milieu libre doivent l'être également en milieu carcéral. Ils sont proposés à la personne détenue et réalisés avec son consentement ; les résultats doivent lui être communiqués, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Le dépistage est un acte médical conçu dans une démarche d'éducation pour la santé comprenant trois étapes :

- une consultation médicale qui s'accompagne d'une information sur les infections virales (VIH, VHC, VHB), d'un conseil personnalisé de prévention et de la recherche des facteurs de risque (VIH, VHC, VHB) et des situations pour lesquelles le dépistage du VHC est indiqué. Elle doit être l'occasion de rechercher des signes cliniques de ces infections ;
- une prescription de test par le médecin ;
- une consultation médicale de remise des résultats qui permet au médecin de rappeler la signification du test, d'analyser à nouveau avec l'intéressé sa compréhension des risques de transmission et sa capacité à adopter des comportements de prévention.

Lorsque le résultat d'un dépistage est positif, le médecin de l'UCSA doit faire réaliser les examens complémentaires nécessaires au diagnostic et au bilan de l'évolution de la pathologie. En cas d'infection, le médecin doit faciliter la démarche de soins et le suivi psychologique et social.

#### **- Le dépistage volontaire de l'infection par le VIH**

En matière de dépistage de cette infection, les principes généraux du milieu libre s'appliquent en milieu pénitentiaire, comme le rappelle la circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

Le médecin de l'UCSA invite toute personne venant de l'état de liberté à bénéficier d'un conseil personnalisé de prévention de l'infection par le VIH et, si nécessaire, d'un test de dépistage. Cette information-conseil se déroule à l'occasion de la visite médicale d'entrée ou mieux, dans le cadre d'une consultation spécifique de prévention axée sur les maladies transmissibles et organisée quelques jours après l'incarcération, afin que la personne détenue soit plus réceptive aux messages de prévention.

L'ensemble de ces prestations est réalisé par l'équipe de l'UCSA. S'il y a lieu, le responsable de l'UCSA, en lien avec la DDASS chargée de veiller à l'organisation du dispositif de consultation anonyme et gratuite (CDAG), peut faire appel à une CDAG pour le dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites. La désignation de ces consultations dans les établissements pénitentiaires, se fait conformément au cadre réglementaire des CDAG (annexe I). Il appartient à l'UCSA de faciliter l'implantation et les



interventions de la CDAG et d'informer les personnes détenues de l'existence de ce dispositif et de ses heures d'accueil. En cas de défaillance, la mission de dépistage incombe à l'UCSA.

Quel que soit le médecin intervenant, la consultation de remise des résultats, que ceux-ci soient positifs ou négatifs, constitue un moment important pour expliquer de nouveau à la personne détenue la signification du résultat du test, l'aider à rechercher des modes de prévention adaptés, lui apporter un soutien approprié pour faire éventuellement face à l'annonce d'une séropositivité et faciliter la démarche de soins et de suivi psycho-social.

Les résultats sont communiqués oralement à la personne détenue qui est la seule habilitée, lorsque le dépistage est réalisé par une CDAG, à autoriser par un accord écrit, leur transmission au médecin de l'UCSA.

### **- Le dépistage volontaire des hépatites**

Le dépistage de l'hépatite B doit être proposé à toutes les personnes détenues en raison de la forte prévalence de cette infection dans la population carcérale, et de la possibilité de vaccination. Après accord de la personne détenue, des tests sérologiques sont réalisés et, en fonction de leurs résultats, la vaccination est entreprise chez les personnes non immunisées. Cette vaccination est intégrée depuis 1997 dans un programme national de prévention de l'hépatite B en milieu pénitentiaire.

Le dépistage de l'hépatite C doit également être proposé systématiquement aux personnes détenues en attachant une attention spéciale aux personnes particulièrement exposées, notamment aux personnes déclarant avoir fait usage de drogues par voie intraveineuse. Ce dépistage s'inscrit dans le cadre du programme national de lutte contre l'hépatite C en population générale. Conformément à la circulaire DGS/DH n° 99/299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C, une séropositivité au VHC implique donc, comme en milieu libre, un bilan biologique qui peut conduire à la réalisation d'une ponction-biopsique hépatique et, le cas échéant, à la mise sous traitement. Les différentes alternatives à la ponction biopsique du foie doivent être validées scientifiquement avant toute utilisation à large échelle (expertise collective sur hépatite C - INSERM - juin 2003).

Pour le traitement, en cas de dépistage positif, les médecins doivent se référer aux recommandations de la conférence de consensus de février 2002, sur le traitement de l'hépatite C.

### **- Le dépistage des autres affections**

Une attention particulière est souhaitée en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, notamment, la syphilis, les condylomes, les chlamydia, la gonococcie.

Pour les personnes incarcérées, les dépistages de certains cancers (sein, colo-rectal et utérus) prévus par l'arrêté du 24 septembre 2001 doivent être faits selon les mêmes dispositions que celles de la population générale :

- pour le dépistage organisé du cancer du sein, toutes les femmes de 50 à 74 ans, ne justifiant pas de modalités particulières de suivi, sont invitées à passer, tous les deux ans, à une mammographie à deux incidences par sein ;

- le dépistage organisé du cancer colo-rectal est proposé actuellement dans 22 départements pilotes, avant de définir une stratégie nationale. Il s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans auxquels est proposé tous les deux ans, un test de recherche de sang occulte dans les selles ;
- pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, les cahiers des charges sont en cours d'élaboration.

Tous ces dépistages seront ordonnés par des structures de gestion départementales ou inter-départementales, chargées de les mettre en place et de les organiser.

Les DDASS informeront le médecin de l'UCSA des coordonnées des structures gérant ces dépistages afin qu'il puisse se mettre en relation avec le médecin coordonnateur responsable.

#### **I-4.2 - La réduction des risques : mise à disposition d'outils de prévention et accès au traitement post-exposition au VIH**

De façon générale, développer la prévention en milieu pénitentiaire, c'est favoriser un état d'esprit, une culture pour pouvoir mettre en place un projet global associant les personnes détenues, les professionnels sanitaires, sociaux et pénitentiaires, afin que chacun se sente concerné et s'implique dans le cadre d'une véritable promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

Le lien avec le milieu libre est primordial pour permettre le suivi des actions et favoriser la réussite de projets de réinsertion. Dans cette perspective, il est indispensable de repérer, de contacter et de sensibiliser les réseaux susceptibles de constituer d'éventuels relais à la sortie.

En matière de réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu pénitentiaire, il est important que les équipes sanitaires et pénitentiaires se reportent aux recommandations du rapport de la mission Santé-Justice (2000) et du rapport Delfraissy (2002).

Ces recommandations reprennent, en les commentant, les actions préconisées antérieurement :

- la mise à disposition des préservatifs : conformément aux dispositions de la circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire, des préservatifs accompagnés de lubrifiant doivent être mis à la libre disposition des personnes détenues. Si l'UCSA est un lieu privilégié pour cette mise à disposition, elle n'en a cependant pas l'exclusivité : d'autres modalités d'accès aux préservatifs doivent être prévues localement, avec le souci de discrétion inhérent à ce mode de prévention.
- la distribution d'eau de Javel : en milieu pénitentiaire, elle est titrée à 12° chlorométrique, comme le préconise la circulaire précitée au paragraphe précédent. La distribution doit être accompagnée d'une information plus complète, de la part de l'équipe sanitaire, notamment sur le mode d'emploi permettant de réduire les risques de transmission d'infections virales par voie sanguine. La prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse doit rester une priorité. Si des pratiques de tatouage et de percing existent, elles doivent également bénéficier d'actions de prévention.

- les traitements post-expositions au VIH : le dispositif mis en place dans l'établissement pénitentiaire doit pouvoir répondre à des situations d'urgence concernant les personnels pénitentiaires et sanitaires. Les procédures applicables sont celles définies :
  - par la circulaire du ministère de la justice du 15 juillet 1997, pour les personnels pénitentiaires ;
  - par la circulaire n° 739 DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996, pour les personnels sanitaires et pénitentiaire.

Pour les personnes détenues, la circulaire DGS/DH/DRT/DSS/SD6 A n° 2003-165 du 2 avril 2003, prévoit que l'identification des procédures applicables fasse l'objet d'une concertation locale faisant intervenir les DDASS, les CISIH et les médecins intervenant dans les UCSA, afin que les personnes détenues aient accès si besoin aux urgences hospitalières pour la prescription ou la dispensation d'un traitement anti-rétroviral après exposition au VIH.

Par ailleurs la circulaire DGS/DH/DRT n°99-680 du 8 décembre 1999 décline les recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.

- l'activité de coiffure : l'attention des équipes pénitentiaires et sanitaires doit être plus particulièrement attirée sur l'hygiène et les pratiques de décontamination du matériel de coiffure (cf. chapitre I § 3.6.5).

### **I-4.3 - L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour la santé**

Les personnes détenues bénéficient au même titre que la population générale d'actions d'éducation pour la santé.

En application des dispositions de l'article R. 711-14 du CSP, c'est l'établissement public de santé qui coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé au sein de l'établissement pénitentiaire.

Un comité de pilotage composé du médecin responsable de l'UCSA, ou de son représentant, de représentants de l'équipe psychiatrique, des services pénitentiaires, du SPIP, et de tous les partenaires jugés utiles, élabore un programme annuel d'éducation pour la santé. Ce programme devra faire l'objet d'une formalisation écrite et sera soumis aux DDASS, DRASS et DRSP pour information et demande éventuelle de soutien financier.

Toutes ces actions doivent s'inscrire dans les schémas régionaux d'éducation pour la santé. Par ailleurs, elles pourront bénéficier, entre autres, de sources de financement relevant des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS).

Il est rappelé que la Loi 2004-806 du 9 août 2004, relative à la santé publique, stipule que le plan régional de santé publique (PRSP), qui coordonne les programmes et les actions pluriannuels dans la région, tient compte du droit pour les personnes détenues d'accéder aux dispositifs hospitaliers concourant :

- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;
- à la lutte contre l'exclusion sociale dans une dynamique de réseau.

Pour leur part, les directions régionales des services pénitentiaires (DRSP) poursuivront leur appui financier en fonction des orientations du ministère de la santé. En effet, si les actions d'éducation pour la santé doivent avant tout reposer sur les besoins de santé ressentis localement, en particulier ceux exprimés par les personnes détenues elles-mêmes, elles doivent également prendre en compte les axes de prévention arrêtés par le ministère de la santé et soutenus par le ministère de la justice, notamment en matière de prévention des risques.

Il en va de même pour toutes les campagnes de prévention nationales qui doivent être adaptées à la population pénale et soutenues par des actions d'éducation pour la santé. Ces informations auprès des personnes incarcérées peuvent s'appuyer sur les outils utilisés en milieu libre : brochures, dépliants, affiches, films. En effet, il est, en règle générale préférable d'adapter des documents existants plutôt que de créer des documents spécifiques au milieu carcéral.

Il est, par ailleurs, souhaitable que les actions entreprises avec un petit groupe de personnes détenues soient menées dans l'objectif d'être diffusées à l'ensemble de la population pénale de l'établissement, dans le respect des dispositions du 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article D. 444-1 du CPP.

La réalisation locale de plaquettes d'information préventive devrait être l'objet d'échanges de savoirs et d'outils avec les équipes sanitaires et pénitentiaires d'autres établissements.

La mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé nécessite le recours à des professionnels extérieurs. Les réseaux départementaux organisés autour de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pourront être sollicités en tant qu'opérateurs. Leur connaissance du milieu carcéral peut être une garantie dans la conduite de projets.

Le bilan des actions d'éducation pour la santé réalisé dans l'année devra être annexé au rapport annuel d'activité de l'UCSA.

#### **I-4.4 - La mise en œuvre d'actions de prévention ou de prise en charge en tabacologie**

Conformément à la note interministérielle du 9 août 2001, un repérage de la dépendance tabagique doit être réalisé par les services sanitaires de l'établissement pénitentiaire dès le début de l'incarcération. Des grilles d'appréciation de la dépendance (test de Fagerström) sont mises à la disposition du personnel de santé, formé à l'utilisation de ces outils.

Une information des personnes détenues relative à la réglementation de la consommation du tabac (comme de toute substance psycho-active) au sein de l'établissement est assurée par le directeur ou son représentant à l'entrée en détention. Elle s'accompagne d'une présentation des dispositifs de prise en charge.

A la suite du repérage d'une dépendance tabagique, une prise en charge adaptée doit être proposée à la personne détenue. Elle doit se fonder sur des stratégies validées (cf. recommandations de bonnes pratiques de l'AFFSAPS). Les consultations de tabacologie en milieu pénitentiaire devront être favorisées.

Les substituts nicotiniques sont à la charge de l'établissement public de santé qui doit les fournir gratuitement à la personne détenue lorsqu'ils ont été prescrits par un médecin intervenant à l'UCSA, dans le cadre d'une pathologie liée au tabac et/ou dans le cadre de la prise en charge d'une dépendance tabagique.

Les personnes détenues sont en droit de demander à être affectées dans des cellules non-fumeurs. Cette affectation relève du chef d'établissement pénitentiaire.

Les programmes d'éducation pour la santé doivent intégrer des actions traitant du tabagisme.

## Chapitre II

### Prise en charge de la santé mentale des personnes détenues

La prise en charge de la santé mentale des personnes détenues est confiée au service public hospitalier depuis la parution du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, instituant les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le dispositif de prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a fait l'objet de renforcements successifs de moyens depuis la mise en œuvre de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Cependant, ce dispositif ne répond qu'incomplètement aux besoins de santé mentale qui sont majeurs en milieu pénitentiaire. Cette situation a notamment été dénoncée par les rapports parlementaires de juillet 2000 sur l'état des prisons françaises, ainsi que par le rapport d'évaluation de l'organisation des soins aux personnes détenues de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires de juin 2001.

C'est pourquoi les axes d'amélioration suivants ont été fixés dans le domaine de la santé mentale :

- augmentation et diversification des activités ambulatoires ;
- meilleure prise en compte des besoins d'hospitalisation pour motif psychiatrique ;
- amélioration de la coordination des équipes psychiatriques avec les UCSA ;
- développement de la prise en charge pluridisciplinaire, notamment des personnes détenues présentant un risque suicidaire, des personnes détenues auteurs d'infraction à caractère sexuel atteintes de troubles mentaux en lien avec l'infraction commise et de celles présentant des comportements addictifs.

En matière d'hospitalisation pour trouble mental des personnes détenues, des dispositions ont d'ores et déjà été prises dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice qui prévoit d'importantes évolutions en ce qui concerne leur encadrement juridique et leur organisation.

A terme, toutes les hospitalisations seront réalisées en établissement de santé.

#### II-1- Les besoins en santé mentale en milieu pénitentiaire

Les besoins en santé mentale en milieu pénitentiaire sont décrits au travers de données disponibles relatives :

- à la santé mentale de la population pénale (enquête de 1997 sur la santé des entrants en prison et enquête de 2001 dans les établissements pénitentiaires disposant de services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ;

- aux troubles addictifs dans la population pénale ;
- au suicide en milieu pénitentiaire ;
- aux troubles mentaux chez les auteurs d'infractions sexuelles.

## **II-1.1- Données relatives à la santé mentale de la population pénale**

Des données relatives à la prévalence des troubles mentaux parmi la population carcérale sont disponibles à travers deux enquêtes portant, la première, sur tous les entrants en maison d'arrêt en 1997<sup>9</sup> venant de l'état de liberté, la seconde, sur les entrants (y compris après transferts) et sur les personnes suivies sur un mois en 2001, dans les 26 établissements pénitentiaires disposant d'un service médico-psychologique régional SMPR<sup>10</sup>. Le champ de ces enquêtes reste limité. C'est pourquoi, une étude épidémiologique globale sur la santé mentale des personnes détenues (prévalence des troubles mentaux, facteurs de décompensation à court terme et à long terme) est en cours (les premiers résultats sont attendus au 1<sup>er</sup> semestre 2004).

### **II-1.1.1- Santé mentale des entrants en prison**

Une enquête réalisée en 1997 par les médecins généralistes des UCSA montrait qu'un pourcentage élevé des entrants en prison souffrait de troubles mentaux. Cette proportion était estimée dans une fourchette de 14 à 25 % chez les hommes et jusqu'à 30 % chez les femmes.

L'enquête conduite en 2001 dans les établissements pénitentiaires disposant d'un SMPR réalisée par les médecins psychiatres de ces services faisait apparaître que plus d'un entrant sur deux présentait un trouble psychiatrique patent. Les symptômes repérés sont les suivants :

- l'anxiété chez 27 % des entrants ;
- les troubles addictifs chez 27% ;
- les troubles psychosomatiques et les troubles des conduites chez 21% ;
- les symptômes de dépression chez 16% ;
- les symptômes liés à la déficience chez 12% ;
- les symptômes touchant à la psychose chez 10%.

Sur une échelle graduée, les psychiatres considèrent comme très forts : 25 % des troubles des conduites, 15% des troubles anxieux et 12% des dépressions.

Les femmes entrant en détention présentent un peu plus fréquemment des troubles mentaux que les hommes. Néanmoins, à l'instar de la population générale, les troubles anxio-dépressifs sont beaucoup plus présents puisqu'ils concernent 67% de ces femmes, leur intensité étant jugée très forte chez 18,5% d'entre elles.

Les mineurs (5% des entrants) présentent moins de troubles mentaux (36% d'entre eux contre 55%). Les symptômes les plus fréquents sont les conduites antisociales, la pauvreté des centres d'intérêt, l'impulsivité et l'anxiété.

<sup>9</sup> Etudes et résultats-n°4 du 4 janvier 1999 - « La santé en prison : un cumul de risque » - DREES

<sup>10</sup> Etudes et résultats - n°181 de juillet 2002 « la santé mentale et suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR » - DREES-GFEP

Concernant un suivi psychiatrique antérieur à l'incarcération dans l'établissement concerné, l'enquête menée en 2001 souligne qu'un entrant sur cinq a déjà été suivi par le secteur de psychiatrie générale ou par un SMPR ; cette proportion atteint 33% des entrants chez lesquels un trouble a été repéré.

### **II-1.1.2 - Les caractéristiques psychiatriques des personnes détenues prises en charge par les SMPR <sup>11</sup>**

Parmi les personnes prises en charge par les SMPR sur le mois de juin 2001, exception faite des troubles addictifs évoqués ci-dessous, un tiers présente des troubles de la personnalité, 12% environ des troubles névrotiques et anxieux et 8,1% souffrent d'une psychose dont la moitié d'une schizophrénie. La file active des SMPR se différencie nettement de celle des secteurs de psychiatrie générale où les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur représentent respectivement 36% et 10% des hommes pris en charge<sup>12</sup>.

Les femmes prises en charge par les SMPR en 2001 souffraient moins de troubles de la personnalité que les hommes (23% contre 35%), et présentaient respectivement pour 15% et 13% d'entre elles des troubles névrotiques et anxieux et des troubles de l'humeur.

Chez les mineurs pris en charge, les troubles du comportement apparus dans l'enfance et les troubles de la personnalité et du comportement sont les plus fréquents.

### **II-1.2 - Les addictions**

En 1997, un peu plus d'un tiers des entrants déclarent une consommation excessive d'alcool, 32% une utilisation prolongée et régulière de drogues au cours des 12 mois précédant l'incarcération, 12% déclarent avoir utilisé une fois dans leur vie de la drogue par voie intraveineuse et 6,2% des entrants dans les 12 mois précédant l'incarcération. En outre, on observe au moins deux consommations à risque, régulières et prolongées chez presque un entrant sur trois (drogues, alcool, tabac).

L'enquête menée en 2001 dans les établissements disposant d'un SMPR montre que parmi les troubles mentaux, les troubles addictifs (tendances addictives et consommation d'alcool) constituent la deuxième catégorie de troubles présente à l'entrée en détention (27% des entrants). Lorsqu'un trouble addictif est identifié chez un entrant, il est jugé important chez près de la moitié d'entre eux.

On constate une forte comorbidité psychiatrique associant troubles mentaux et dépendances. Ainsi, les troubles psychiatriques associés aux troubles addictifs sont principalement les troubles des conduites et l'anxiété (48 et 46% des entrants présentant un trouble addictif), mais également les psychoses et la dépression (21 et 20% de ces entrants).

Parmi les personnes détenues prises en charge par les SMPR, un quart des personnes détenues ont un diagnostic de dépendance aux substances toxiques, dont un tiers d'entre elles une dépendance à l'alcool. Le diagnostic est équivalent chez les femmes et chez les hommes qui présentent néanmoins un peu plus de dépendance à l'alcool.

---

<sup>11</sup> op cit

<sup>12</sup> Boisguérin, Casadebaig, Quémada, « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques privées et les établissements de post-cure - mars 1998 »



### **II-1.3 - La fréquence élevée du nombre de suicides et les facteurs de risque**

En 2001 et en 2002, 104 et 122 personnes détenues se sont suicidées. La France fait partie des pays d'Europe où le taux de suicide en prison est le plus élevé (il est 6,4 fois plus élevé que dans la population générale). Des moments et des facteurs favorisant le passage à l'acte ont été identifiés<sup>13</sup>. L'enquête menée en 2001 indique que les idées de suicide exprimées par les personnes détenues à l'entrée en détention sont notamment corrélées à l'anxiété dans plus de 90% des cas, à l'impulsivité dans 63% des cas et à des tendances addictives pour 55%. Près de 40% des personnes détenues exprimant des idées suicidaires avaient déjà bénéficié d'un suivi antérieur en psychiatrie.

On observe que le risque de suicide augmente avec l'âge. Contrairement à ce que l'on observe en population générale, le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants constitue un facteur de risque accru en détention. Les personnes écrouées, et notamment prévenues, pour atteinte volontaire contre les personnes ou pour crime ou délit à caractère sexuel constituent plus des deux tiers des personnes qui se sont suicidées en détention.

Les études pointent des périodes de particulière vulnérabilité telles que la nuit, les fins et les débuts de semaine et certaines phases de la détention particulières telles que la période de l'entrée en détention, la période correspondant au jugement, ou dans une moindre mesure la période précédant la libération. En outre, le placement au quartier disciplinaire est un moment particulièrement à risque puisque entre 10 et 17% des suicides y ont lieu.

### **II-1.4 - Les auteurs d'infractions à caractère sexuel**

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel représentent depuis quelques années près d'un quart des personnes détenues. Toutefois tous ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique. Celle-ci est subordonnée à une indication médicale et au consentement du patient. Des données plus précises sur la proportion des auteurs d'agression sexuelle présentant une pathologie mentale en lien avec l'agression seront apportées par l'étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues citée au § 1.1 et le suivi ultérieur de la file active des auteurs expertisés.

Il est important de rappeler qu'à un type d'agression donné ne correspond pas une catégorie clinique psychiatrique spécifique. « Les troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des « solutions défensives » par rapport à des angoisses majeures concernant le sentiment identitaire, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance<sup>14</sup> ». Ces charges anxieuses génèrent un passage à l'acte de la personne qui peut être particulièrement agressif.

## **II-2 - Organisation des soins psychiatriques et réponse aux besoins de santé mentale des personnes détenues**

Comme pour les soins somatiques, cette organisation a pour objectif :

---

<sup>13</sup> Etude de N. BOURGOIN - « La mortalité par suicide en prison » - Revue d'épidémiologie et de santé publique-Masson-1993

<sup>14</sup> Texte des recommandations longues élaborées par le Jury de la conférence de consensus « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » - 21 et 22 novembre 2001.

- de favoriser l'accès aux soins des personnes détenues ;
- de dispenser aux personnes détenues des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale ;
- d'assurer la continuité des soins à l'occasion des transferts et à l'issue de l'incarcération.

Seront successivement examinées :

- les prestations de prévention et de soins nécessaires ;
- la réponse assurée par le dispositif actuel ;
- les limites et les perspectives d'évolution.

### **II-2.1 - Les prestations de prévention et de soins nécessaires**

Les personnes détenues doivent bénéficier de prestations diversifiées : actions de prévention, notamment sous forme d'un entretien d'accueil, prises en charge en soins ambulatoires, à temps partiel, en hospitalisation de jour et en hospitalisation complète (à l'instar de celles proposées pour la population générale par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile).

#### Les mineurs

Une attention particulière doit être apportée à la prise en charge des mineurs. Cette population pose des problèmes spécifiques du fait de :

- la difficulté à établir une relation thérapeutique avec eux ;
- la courte durée de l'incarcération pour la majorité d'entre eux ;
- la nécessaire adaptation des approches thérapeutiques pour les rendre attractives, au travers de supports tels que le sport, l'informatique, la vidéo, le théâtre, des ateliers de médiation et d'expression qui leur sont indispensables ;
- la nécessité de tenir compte des exigences d'enseignement et de formation ;
- la multiplicité des intervenants auprès de cette population.

La prise en charge sanitaire des mineurs, structurée en fonction des organisations locales doit privilégier des formes d'approche coordonnées entre d'une part, les équipes psychiatriques et les UCSA et d'autre part, les personnels pénitentiaires (établissements et SPIP), les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en lien avec le cas échéant, les travailleurs sociaux extérieurs (aide sociale à l'enfance...). Une attention particulière doit être portée au projet de sortie.

Il est particulièrement nécessaire que, dans les établissements pénitentiaires disposant d'un quartier pour mineurs, les personnels de l'UCSA, du SMPR et du secteur de psychiatrie intervenant

dans l'établissement s'associent à la démarche d'un travail pluridisciplinaire en coordination avec les autres intervenants.

Il s'agit d'offrir aux mineurs en détention une prise en charge cohérente, sans pour autant méconnaître la nécessité de préserver un domaine d'intervention spécifique aux personnels soignants ainsi que les exigences liées au secret médical. L'existence d'une équipe stable représentative des différents services mobilisés pour assurer la prise en charge des mineurs incarcérés est un élément déterminant s'agissant d'instaurer une dynamique de parcours en détention, notamment dans la perspective de la sortie.

Il convient dès lors d'identifier au sein de l'équipe sanitaire un ou plusieurs référents pour le quartier des mineurs chargés d'assurer la cohérence des prises en charge soignantes et de participer au travail pluridisciplinaire.

Les personnels soignants pourront utilement se référer au guide du travail auprès des mineurs en détention.

### Les femmes

Il est à noter que si les femmes ne représentent que 4% de la population pénale, le dispositif de soins doit les concerner tout autant et également leur offrir des prestations diversifiées et adaptées.

La prise en charge des femmes détenues implique plus particulièrement la prise en compte de l'intrication des symptômes psychiatriques avec leur problématique sociale, affective et familiale.

En cas de grossesse durant l'incarcération, le suivi psychologique doit s'effectuer le plus précocement possible en concertation avec les professionnels de la naissance impliqués et en partenariat avec tous les services concernés (PMI, ASE...), plus particulièrement en cas d'antécédents de maltraitance sur d'autres enfants.

D'une manière générale, afin d'assurer une prise en charge globale de la personne détenue, la mise en œuvre des prestations psychiatriques implique une étroite collaboration des équipes compétentes avec celle de l'UCSA. Elle s'articule avec les partenaires sanitaires et sociaux extérieurs (centres spécialisés de soins aux toxicomanes - CSST, centres de cure ambulatoire en alcoologie - CCAA...) et se réalise en lien avec les personnels pénitentiaires des établissements et ceux des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Ces coordinations sont particulièrement importantes afin d'assurer un suivi global des personnes détenues et d'élaborer un projet de sortie cohérent (cf. Ch. III § 2). Elles concernent plus particulièrement la prévention du suicide, la prise en charge des addictions, les auteurs d'infractions à caractère sexuel et la promotion de la santé mentale.

## **II-2.1.1 - Les actions de prévention en santé mentale**

### **II-2.1.1.1 - L'entretien d'accueil et la demande de soins**

Toutes les personnes détenues doivent bénéficier dans les premiers jours de l'incarcération d'un entretien d'accueil avec un membre de l'équipe psychiatrique intervenant dans l'établissement pénitentiaire, afin de :

- permettre le repérage précoce des troubles psychiques des entrants et de mettre en œuvre les soins adaptés à leur état ;
- faire connaître à la personne détenue les prestations psychiatriques offertes au sein de l'établissement pénitentiaire dans le souci notamment de favoriser une éventuelle demande de soins. Cette demande peut non seulement être formulée par la personne détenue elle-même, ou par toute personne agissant dans son intérêt, mais aussi par le personnel pénitentiaire en charge non seulement de retransmettre les demandes de soins dont il pourrait être saisi à l'occasion de son travail auprès des personnes détenues, mais aussi de réaliser tout signalement, au service médical, de situations lui paraissant relever d'une prise en charge psychiatrique ;
- prendre contact avec l'équipe soignante extérieure, le cas échéant.

Une attention particulière devra être portée aux personnes détenues signalées par le juge d'instruction par le biais de la notice individuelle comme nécessitant un examen psychiatrique urgent (art. D. 32-1 et D. 55-1 du CPP).

#### **II-2.1.1.2 - Les autres actions de prévention**

Le développement de la prévention primaire repose sur des intervenants qui n'appartiennent pas nécessairement à l'équipe de soins mais peuvent être des personnels pénitentiaires d'insertion et de probation ou des professionnels extérieurs. L'offre d'activités aux personnes détenues sous la forme d'activités culturelles ou socio-culturelles, de formations ou d'enseignements et de travail participe à la prévention primaire des troubles mentaux parmi la population incarcérée visant à éviter la dégradation de la santé mentale. Cette offre d'activités doit également être envisagée pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux afin de favoriser leur réadaptation.

Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier d'actions d'éducation pour la santé mentale ou de programmes de promotion de la santé mentale développés avec l'appui des équipes de soins psychiatriques ou par ces dernières.

#### **II-2.1.2 - Les soins ambulatoires et les prises en charge à temps partiel**

Ils comprennent, comme dans la population générale :

- des consultations, des traitements médicamenteux et des entretiens individuels ou de groupe à visée psychothérapeutique. Les consultations sont réalisées, soit à la demande de la personne détenue, soit après examen par un médecin de l'UCSA, soit à la suite d'un signalement par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue ;
- des activités thérapeutiques à temps partiel (de type centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) orientées vers les relations du patient à autrui et la reconstruction de son autonomie au travers de divers modes d'expression ;

- des activités d'atelier thérapeutique qui mettent plus spécifiquement en œuvre des soins de réadaptation dans le but de rechercher et de potentialiser les capacités socio-professionnelles des patients ;
- des hôpitaux de jour assurant des soins polyvalents individualisés et intensifs qui impliquent un personnel suffisant et diversifié. Ce type de prise en charge repose sur des projets et des protocoles thérapeutiques clairement définis ;
- des entretiens familiaux ou des psychothérapies systémiques ou familiales. Ils peuvent également être réalisés pour un mineur ou dans le cadre de la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle. Dans tous les cas, la situation individuelle de chaque personne détenue sera prise en compte, en concertation avec les autorités judiciaires et pénitentiaires, pour l'autorisation et l'organisation de ces rencontres.

### **II-2.1.3 - L'hospitalisation**

L'accès à une hospitalisation complète doit être assuré, chaque fois qu'elle est indiquée, dans des conditions garantissant la qualité des soins et la sécurité, qu'il s'agisse d'une hospitalisation librement consentie ou en cas de troubles mentaux rendant impossible le consentement et constituant un danger pour la personne elle-même ou pour autrui.

### **II-2.2 - La réponse assurée par le dispositif actuel**

L'organisation et le fonctionnement du dispositif créé par le décret sus-mentionné du 14 mars 1986 sont précisés par l'arrêté du 14 décembre 1986, modifié par l'arrêté du 10 mai 1995, relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation SMPR relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Ce dispositif s'appuie sur une organisation sectorielle spécifique, étroitement articulée avec les autres secteurs de psychiatrie. Cette organisation implique :

- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, dont le pivot est le SMPR ;
- les secteurs de psychiatrie générale dans les établissements pénitentiaires non pourvus de SMPR ou d'antenne de SMPR ;
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, quand la population à prendre en charge le justifie, en coordination avec les secteurs précités.

Chaque région pénitentiaire est couverte par un ou plusieurs SMPR. Il y en a 26 en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire est placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, chef de service ou de département. Il a la responsabilité de :

- diriger un SMPR, service hospitalier implanté au sein d'un établissement pénitentiaire ;
- coordonner les prestations notamment par une mission de conseil et d'animation de réflexions auprès des équipes de psychiatrie générale et infanto-juvénile intervenant dans les établissements pénitentiaires de ce secteur ;

- promouvoir la formation des différents acteurs de santé mentale.

Les modalités d'interventions psychiatriques en milieu pénitentiaire sont fixées dans le cadre de protocoles. Lorsque les soins somatiques sont délivrés par le même établissement de santé que les soins psychiatriques, ce protocole est unique et doit être conforme à l'annexe A. Dans les autres cas, il doit être conforme à l'annexe B en ce qui concerne l'établissement pénitentiaire siège d'un SMPR ou à l'annexe C en ce qui concerne les prestations psychiatriques dispensées par un secteur de psychiatrie générale. Ces protocoles précisent les modalités de coordination avec l'établissement chargé des soins somatiques et l'UCSA.

### **II-2.2.1 - Les soins ambulatoires et à temps partiel en milieu pénitentiaire**

Les textes en vigueur définissent deux niveaux de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire :

- les soins intensifs relèvent des SMPR ;
- les soins courants sont réalisés par les secteurs de psychiatrie générale locaux ;
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles interviennent dans les établissements pénitentiaires qui accueillent des mineurs ou des femmes avec leurs enfants.

#### **II-2.2.1.1 - Le SMPR**

Le SMPR constitue le lieu d'accueil pour des soins librement consentis, intensifs, en ambulatoire, à temps partiel mais aussi en hospitalisation (cf.§ 2.2.2) pour les personnes détenues de l'ensemble des établissements pénitentiaires de son secteur.

Ainsi, à la demande d'un médecin intervenant dans un établissement pénitentiaire du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et après accord d'un psychiatre du SMPR, une personne détenue peut faire l'objet, après accord pour les prévenus de l'autorité judiciaire en charge et avis du juge de l'application des peines pour les condamnés, d'un transfert dans un établissement pénitentiaire siège de SMPR, non seulement pour y être hospitalisée mais aussi pour y recevoir des soins ambulatoires ou bénéficier d'une prise en charge à temps partiel. Le transfèrement relève de l'administration pénitentiaire qui organise dans les meilleurs délais et à l'issue des soins, le retour dans l'établissement pénitentiaire, ou, sur proposition du psychiatre du SMPR, dans un autre établissement pénitentiaire. Cette dernière décision est soumise aux autorités judiciaires et administratives compétentes.

Afin de répondre à sa mission de soins intensifs, le SMPR propose l'ensemble des activités de soins ambulatoires et de prise en charge à temps partiel décrites au § 2.1.2 :

- consultations et entretiens individuels ou de groupe ;
- activités thérapeutiques à temps partiel ;
- ateliers thérapeutiques ;
- hospitalisations de jour.

Le SMPR assure également, en lien avec l'UCSA, les actions de prévention et de soins courants au bénéfice des personnes détenues de son établissement d'implantation.

Des locaux spécifiques lui sont affectés dans l'établissement où il est implanté, conformément aux dispositions de l'article D. 372 du CPP. Toutefois, il est recommandé, chaque fois que possible, que ces locaux soient attenants et communicants avec ceux de l'UCSA. Il dispose d'un secrétariat qui lui est propre.

#### **II-2.2.1.2 - Les antennes des SMPR**

L'équipe du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire peut également intervenir dans un autre établissement pénitentiaire de son secteur, en constituant une antenne du SMPR se substituant ainsi au secteur de psychiatrie générale local. Lorsque l'équipe du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire intervient dans une antenne du SMPR, elle délivre uniquement des prestations ambulatoires et/ou une prise en charge à temps partiel : consultation, activité à temps partiel, voire hospitalisation de jour.

#### **II-2.2.1.3 - Les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile**

Dans les établissements pénitentiaires non dotés d'un SMPR ou d'une antenne de SMPR, les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont dispensés par les secteurs de psychiatrie générale. Les équipes du secteur interviennent dans les locaux des UCSA pour les consultations. Pour les activités thérapeutiques, d'autres locaux peuvent être mis à leur disposition par l'administration pénitentiaire.

L'intervention auprès des mineurs est assurée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Il en va de même pour l'accompagnement psychologique des très jeunes enfants<sup>15</sup> demeurant auprès de leur mère détenue.

#### **II-2.2.1.4 - L'adaptation du régime de détention**

Les soins en milieu pénitentiaire s'inscrivent dans un projet thérapeutique spécifique et peuvent nécessiter des conditions particulières. A cet effet, l'article 18 de l'arrêté du 14 décembre 1986 modifié prévoit que le régime commun de détention dans les établissements pénitentiaires dotés de SMPR peut être adapté à chaque patient :

- dans les locaux du SMPR, sur décision médicale et en l'absence d'avis contraire du chef d'établissement pénitentiaire préalablement informé ;
- hors de ces locaux, par le chef de l'établissement pénitentiaire, dans l'intérêt de la personne détenue et sur proposition d'un psychiatre du service.

Dans les établissements non pourvus de SMPR, les mêmes dispositions peuvent être prises en application de l'article D. 382 du CPP (3ème et 4ème alinéas) qui prévoit la possibilité, sur avis médical, de modifier ou d'aménager le régime pénitentiaire si l'état de santé de la personne détenue le justifie.

#### **II-2.2.2 - L'hospitalisation**

---

<sup>15</sup> Il convient de préciser que le travail thérapeutique entrepris avec l'enfant qui se trouve dans l'établissement pénitentiaire auprès de sa mère, ne s'effectue pas au titre des soins aux personnes détenues, mais des missions générales des secteurs.

En application des dispositions du 1° de l'article R. 711-19 du CSP, l'hospitalisation pour trouble mental d'une personne détenue peut être réalisée :

- en cas de consentement aux soins : dans un SMPR ;
- en l'absence de consentement aux soins : en hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité à recevoir des malades mentaux hospitalisés sous contrainte, conformément aux dispositions de l'article D.398 du CPP.

A cet égard, on dispose des données suivantes :

- une enquête, un jour donné, réalisée en février 2003, a mis en évidence que le nombre de patients hospitalisés en SMPR s'élevait à 283, pour une capacité de 412 lits installés, soit un taux d'occupation de 69% ;
- en 2001, il y a eu 1317 hospitalisations d'office de personnes détenues en établissement de santé, alors qu'en 1994 elles étaient proches d'une centaine. Elles ont donné lieu en 2001 à 60370 journées d'hospitalisation, correspondant à l'occupation permanente de 165 lits (enquête DHOS – février 2003) ; il convient de relever qu'en 2002, il y eu 1621 hospitalisations d'office.
- une enquête, un jour donné, réalisée auprès de unités pour malades difficiles (UMD), en mars 2003 a montré qu'elles accueillait 61 personnes détenues, soit 17,6% des présents.

#### **II-2.2.2.1 - Hospitalisation en SMPR**

Les SMPR comportent en règle générale une unité destinée à accueillir en hospitalisation les personnes détenues qui consentent aux soins. On désigne par hospitalisation au SMPR, l'admission et la prise en charge psychiatrique dans une unité d'hébergement spécifique située à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire.

Les procédures d'admission dans le SMPR et de sortie de ce service sont définies par l'article 13 de l'arrêté précité du 14 décembre 1986 modifié, relatif au règlement intérieur type :

- l'admission est prononcée, avec le consentement de la personne détenue, par le directeur de l'établissement de santé de rattachement, sur proposition d'un médecin du service. Dans le cas d'une personne détenue provenant d'un autre établissement pénitentiaire, l'hospitalisation dans le SMPR est demandée par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire d'origine, conformément aux dispositions de l'article 15 de l'arrêté précité ; elle nécessite l'accord du psychiatre du SMPR. Le transfèrement est ordonné par l'autorité pénitentiaire compétente. En outre, pour un prévenu, l'autorité judiciaire doit avoir donné un accord préalable ; pour les condamnés, c'est le juge de l'application des peines qui doit donner son avis.
- la sortie du service est également prononcée par le directeur de l'établissement de santé, sur proposition d'un médecin du service. Dès lors que l'état de santé de la personne détenue ne nécessite plus son maintien en hospitalisation dans le SMPR, le directeur de l'établissement de santé informe l'administration pénitentiaire qui organise son retour en détention ordinaire et le cas échéant, son transfert dans les meilleurs délais vers l'établissement pénitentiaire d'origine, ou dans un autre établissement pénitentiaire, après accord pour les prévenus de l'autorité judiciaire



compétente ou avis du juge de l'application des peines pour les condamnés.

Le tableau de service des personnels infirmiers doit être élaboré de façon à garantir une répartition optimale des présences infirmières sur un maximum d'amplitude horaire, y compris les samedis, dimanches et jours fériés.

L'unité d'hospitalisation des personnes détenues au sein du SMPR doit bénéficier d'un système de garde ou d'astreinte psychiatrique qui relève de l'établissement de santé de rattachement du SMPR.

Cette unité comporte en majorité des cellules individuelles et seulement quelques cellules doubles.

Chaque SMPR dispose d'un règlement intérieur qui lui est propre et qui est annexé au règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire au sein duquel il est implanté. Ce règlement intérieur établi par la direction de l'établissement de santé doit être approuvé par le directeur régional des services pénitentiaires et par le chef d'établissement pénitentiaire concernés, conformément aux arrêtés du 14 décembre 1986, du 3 janvier 1987 et du 10 mai 1995. Les personnes détenues admises en SMPR sont soumises au régime commun de détention, mais celui-ci est susceptible d'être modifié, le cas échéant, par le responsable du SMPR en accord avec le chef d'établissement pénitentiaire.

Le rôle des personnels de surveillance affectés dans les SMPR s'inscrit pleinement dans le cadre de leur mission d'accompagnement des personnes détenues dans leur parcours de détention. Ainsi, cet accompagnement pénitentiaire se poursuit même en cas de séjour prolongé au SMPR. Il est souhaitable que ces personnels de surveillance, dans la mesure du possible, aient bénéficié d'une formation d'initiation aux problématiques de santé mentale, ou bien, a minima, d'une information préalable sur ces questions et sur la mission de ce service hospitalier.

Dans l'exercice de leurs fonctions, ces personnels de surveillance tiennent le plus grand compte de la spécificité des malades détenus qui sont pris en charge par le SMPR, et respectent le caractère médical de ce lieu de soins.

Ils remplissent leur mission habituelle de sécurité et de garde, et représentent clairement la mise en œuvre du mandat de justice au sein de ce service.

Ils témoignent d'un souci particulier pour que leurs interventions aient lieu en harmonie avec le fonctionnement d'un service médical.

Ils peuvent être amenés à établir des rapports d'incidents en cas de commission de fautes disciplinaires, et à intervenir afin de prévenir les troubles à l'ordre interne ou pour les faire cesser.

Il est de leur responsabilité de collaborer étroitement avec les personnels sanitaires afin de garantir la complémentarité utile de leurs missions respectives dans l'intérêt tant des personnes détenues que des personnels eux-mêmes.

Ils sont appelés à tenir une place déterminante dans l'articulation entre le SMPR et l'établissement pénitentiaire qui en est le siège, informant et sensibilisant leurs collègues pénitentiaires sur les logiques et les préoccupations sanitaires propres au SMPR d'un côté, rendant témoignage aux personnels sanitaires de la mission de justice par leur présence et leur action quotidienne de l'autre.

#### **II-2.2.2.2 - Hospitalisation d'office en établissement habilité**

Conformément aux dispositions de l'article D. 398 du CPP et de l'article L. 3213-1 du CSP, l'hospitalisation d'office d'une personne détenue est mise en œuvre au vu d'un certificat médical circonstancié qui ne peut être établi par un psychiatre de l'établissement de santé d'accueil. Elle est réalisée lorsque les troubles mentaux de la personne détenue nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes, ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

Cette hospitalisation d'office doit s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins. Ce dernier doit être établi en étroite concertation entre le psychiatre ayant suivi l'intéressé lors de sa détention et l'équipe soignante d'accueil.

Elle est réalisée dans un établissement de santé habilité à accueillir des malades mentaux hospitalisés sans leur consentement, au titre de l'article L. 3222-1 du CSP.

En règle générale, ces hospitalisations sont assurées par les établissements de santé qui ont signé un protocole au titre des soins psychiatriques aux personnes détenues. Cette position n'exclut pas pour autant qu'une autre solution puisse être adoptée. Cette hospitalisation peut notamment être réalisée :

- dans l'unité d'hospitalisation du secteur de résidence du patient, au titre de la continuité des soins. Dans ce cas, l'accord du médecin chef du service d'accueil est nécessaire.
- dans une unité intersectorielle fermée.

#### **II-2.2.2.3 - Recours aux unités pour malades difficiles (UMD)**

Le recours aux unités pour malades difficiles doit rester limité aux indications définies par l'article 1er de l'arrêté du 14 octobre 1986, relatif au règlement intérieur type des UMD.

Les malades atteints de troubles mentaux relevant d'une UMD doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, cet état de dangerosité psychiatrique majeure certaine ou imminente étant incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à accueillir des malades mentaux hospitalisés sans leur consentement.

Ces malades doivent dans tous les cas relever d'une mesure d'hospitalisation d'office.

La procédure engagée doit respecter les dispositions définies dans l'arrêté précité.

#### **II-2.2.2.4 - Application des règlements pénitentiaires**

Les règlements pénitentiaires demeurent applicables aux personnes détenues hospitalisées, en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur et le suivi de leur situation pénale (art. D. 395 et D. 398 du CPP). Ainsi, la personne détenue hospitalisée bénéficie de l'ensemble des mesures d'individualisation de la peine prévues (remise de peine, libération conditionnelle...) et sa situation est examinée en commission

d'application des peines au moins une fois par an, notamment au regard des réductions de peine (cf. chapitre III § 1.3.7).

De plus, dans la mesure où la personne détenue reste écrouée pendant son hospitalisation, elle ne peut bénéficier d'une sortie d'essai ou d'une absence de courte durée, lorsque celles-ci n'ont pas lieu en milieu pénitentiaire, que dans le cadre d'une autorisation de sortir sous escorte (art. 148-5 et 723-6 du CPP), d'une permission de sortir (art. 723-3 et 712-5 du CPP) ou d'une mesure d'aménagement de peine (art. 712-6 du CPP).

#### **II-2.2.2.5 - Les règles applicables aux gardes, aux escortes et au transport**

Ces règles ont été précisées dans la note DH/EO4 n° 990273 du 26 juillet 1999.

L'article D. 398 du CPP précise qu'il n'est pas fait application des dispositions concernant la garde par la police ou par la gendarmerie pendant l'hospitalisation d'office des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

Par ailleurs, l'autorité préfectorale peut, au vu des renseignements fournis par le chef de l'établissement pénitentiaire, décider d'une escorte en application du deuxième alinéa de l'article D. 394 du CPP.

Dès notification de l'arrêté d'hospitalisation d'office, l'établissement de santé d'accueil est tenu d'aller chercher, sans délai, le patient détenu.

Le transport de retour en détention d'une personne détenue, à l'issue d'une levée d'hospitalisation d'office, ne relève pas de l'autorité sanitaire mais de l'administration pénitentiaire. Dès réception du certificat médical demandant la levée de l'hospitalisation d'office, il appartient au préfet de saisir l'administration pénitentiaire qui lui désigne l'établissement pénitentiaire dans lequel le détenu doit être réintégré. L'autorité préfectorale organise, sans délai, le transfert dans les conditions prévues, pour l'escorte, au second alinéa de l'article D. 394 du CPP.

Dans le cas où l'hospitalisation d'office est suivie d'une hospitalisation, librement consentie<sup>16</sup>, dans un SMPR, le transport, à l'issue de la levée d'hospitalisation d'office, s'effectue dans les mêmes conditions que précisées au § précédent.

### **II-2.3 - Les limites du dispositif actuel**

L'offre de soins apportée par les SMPR et les secteurs psychiatriques, dans les établissements qui n'en sont pas dotés, est globalement insuffisante, inégalement répartie et ne répond pas intégralement à la sur-morbidité psychiatrique de la population carcérale.

Ces points ont notamment été mis en évidence par le rapport d'évaluation de la loi du 18 janvier 1994, établi par les inspections générales des services judiciaires et des affaires sociales en juin

---

<sup>16</sup> sous réserve pour les prévenus de l'accord des autorités judiciaires et pour les condamnés après avis du juge de l'application des peines (art. 722 du CPP)

2001, qui soulignaient :

- le développement insuffisant de la mission de coordination, de conseil et d'animation des SMPR auprès des équipes de psychiatrie intervenant dans leur secteur et de leur rôle de recours (illustré par le faible nombre de transferts en provenance des établissements pénitentiaires de leur secteur) ;
- les limites de l'hospitalisation avec consentement en SMPR qui, en raison des contraintes pénitentiaires, s'apparente de fait à une hospitalisation de jour ;
- les difficultés de recrutement de personnel, notamment de psychiatres, en vue d'exercer dans les établissements pénitentiaires non dotés de SMPR, en particulier dans des établissements pénitentiaires géographiquement isolés accueillant des personnes détenues purgeant de longues peines ;
- les problèmes de sécurité, liés à l'absence de garde par les forces de l'ordre dans les établissements de santé accueillant des personnes détenues en hospitalisation d'office, entraînant des difficultés d'hospitalisation et des maintiens prolongés en chambre d'isolement afin de prévenir les évasions ;
- les délais d'attente parfois importants pour une hospitalisation en UMD ;
- des difficultés en cas d'indication d'hospitalisation sur demande d'un tiers, du fait que la réglementation ne prévoyait que l'éventualité d'une hospitalisation avec consentement ou d'une hospitalisation d'office pour les personnes détenues ;
- un manque de coordination entre, d'une part, les SMPR et les secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile intervenant en milieu pénitentiaire et, d'autre part, les autres secteurs de psychiatrie compromettant la continuité des soins ; dysfonctionnement aggravé par une méconnaissance fréquente chez ces derniers des caractéristiques psychiatriques de la population pénale et par les délais de rendez-vous en centre médico-psychologique (CMP) ;
- un manque de coordination entre les personnels des UCSA et ceux des équipes de psychiatrie, constituant un obstacle à une prise en charge globale.

#### **II-2.4 - Les perspectives d'évolution et leur mise en œuvre**

Afin de remédier aux difficultés rencontrées, il est nécessaire :

- d'améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans la santé mentale des personnes détenues : professionnels de la psychiatrie, acteurs sanitaires et sociaux concernés et personnels pénitentiaires ;
- d'intensifier et de diversifier les soins psychiatriques dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, en les recentrant sur l'ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation à temps complet ;

- de mettre en œuvre la réforme de l'organisation et du cadre juridique de l'hospitalisation psychiatrique à temps plein des personnes détenues, instituée par l'article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Elle aura pour effet de transférer l'ensemble de ces hospitalisations en établissements de santé, dans des « unités spécialement aménagées » ;
- d'améliorer la prise en charge des addictions, des auteurs d'infractions à caractère sexuel et la prévention du suicide.

#### **II-2.4.1 - L'amélioration de la coordination des acteurs impliqués dans la santé mentale des personnes détenues**

La mise en œuvre des actions visant à restaurer ou à préserver la santé mentale des personnes détenues implique :

- une amélioration de la coordination des professionnels de la psychiatrie, dans une perspective de travail en réseau, afin d'assurer la continuité de leur prise en charge pendant leur incarcération, ainsi qu'avec l'amont et l'aval de cette période d'incarcération ;
- une meilleure articulation avec les UCSA et les autres intervenants sanitaires ou sociaux, dans une optique de prise en charge globale ;
- une meilleure collaboration avec les personnels pénitentiaires dans le cadre de la promotion de la santé mentale en milieu pénitentiaire.

##### **II-2.4.1.1 - Un travail en réseau des professionnels de la psychiatrie**

La durée moyenne d'incarcération des personnes détenues se situe entre 7 et 8 mois. Il importe donc d'assurer la continuité d'un éventuel travail thérapeutique entrepris avant l'incarcération et de poursuivre les prises en charge réalisées en prison. Compte tenu du fait que, parmi les entrants en détention atteints de troubles mentaux, 33% étaient pris en charge par un service de psychiatrie avant leur incarcération, une relation avec ce service devra être établie. Par ailleurs, les personnes qui ont subi une longue peine peuvent nécessiter un accompagnement thérapeutique intensif à leur sortie de prison. Il est alors nécessaire que le secteur de psychiatrie générale du lieu de sortie soit pleinement associé à la préparation du projet de sortie, notamment dans le cadre des permissions de sortir accordées en fin de peine afin de favoriser un contact direct avec ce secteur.

Pendant l'incarcération, la continuité des soins doit également être assurée à l'occasion des transferts vers un autre établissement pénitentiaire ou d'une hospitalisation. A cet égard, les équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire doivent être tenues informées du lieu de transfert des personnes détenues. En outre, une articulation avec les psychiatres du centre national d'observation est souhaitable afin de favoriser l'orientation la plus appropriée de la personne détenue, compte tenu de son état de santé mentale.

Par ailleurs si les pathologies traitées sont les mêmes qu'en milieu libre, elles en diffèrent néanmoins par leur répartition et leur mode d'expression.

Il est donc nécessaire de créer une véritable synergie autour de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues, sans pour autant créer de filière ségrégative. Celle-ci implique un travail en

réseau entre les SMPR et les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile intervenant en milieu pénitentiaire et en synergie avec l'ensemble des secteurs de psychiatrie. De par leur connaissance du milieu pénitentiaire et de l'expression des pathologies qui y sont rencontrées, les SMPR ont vocation à impulser cette dynamique. Dans ce cadre, ils peuvent constituer un lieu de ressources (conseil et information) et de recours en cas de difficulté (cf. § 2.4.2 du présent chapitre), être service de rattachement de l'UHSA (cf § 2.4.3 du présent chapitre) et développer un rôle majeur en matière de formation.

#### **II-2.4.1.2 - L'articulation avec les UCSA et les autres intervenants sanitaires ou sociaux dans une optique de prise en charge globale**

##### **Le quartier disciplinaire :**

Le médecin de l'UCSA effectue deux visites hebdomadaires aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire (art. D. 251-4 et D. 381, b du CPP, chap. I § 3.1.1.2.2).

Lorsqu'un avis spécialisé lui apparaît souhaitable, il transmet une demande écrite et indiquant le motif de la consultation à l'équipe psychiatrique qui la prend en compte dans les meilleurs délais. Le retour d'information doit être systématique. D'une manière générale l'échange d'informations entre le médecin de l'UCSA et l'équipe psychiatrique à propos des personnes détenues au quartier disciplinaire doit être structuré. Il repose non seulement sur un document écrit récapitulant les informations médicales recueillies au cours des visites, mais aussi sur des contacts directs, chaque fois que l'urgence de la situation l'exige. Lorsque la personne détenue placée au quartier disciplinaire faisait l'objet d'un suivi psychiatrique antérieur, l'équipe psychiatrique est avertie par le médecin de l'UCSA dans la perspective d'une continuité des soins. Dans les cas difficiles, une réunion de synthèse des intervenants au quartier disciplinaire (UCSA, SMPR, chef d'établissement pénitentiaire, surveillant du quartier disciplinaire, SPIP ...) doit pouvoir être organisée rapidement, notamment en cas de séjours réitérés.

Le séjour au quartier disciplinaire ne doit pas constituer un obstacle à la poursuite des soins psychiatriques et/ou psychothérapeutiques. Il importe que s'établisse une concertation entre le directeur de l'établissement de santé et le directeur de l'établissement pénitentiaire afin que toutes mesures soient prises pour favoriser la continuité des soins.

##### **L'urgence :**

Les personnes détenues présentant un état psychiatrique aigu sont signalées par toute personne intervenant dans l'établissement pénitentiaire (personnels de direction ou de surveillance, travailleurs sociaux du service pénitentiaire d'insertion et de probation, médecins ou infirmiers de l'UCSA...).

Si un psychiatre se trouve dans l'établissement, il pourra recevoir le patient et lui prodiguer les soins appropriés. Dans le cas inverse, le médecin de l'UCSA ou le médecin appelé en urgence, selon le dispositif en vigueur dans l'établissement, pourra prescrire un traitement en attente d'une consultation psychiatrique ultérieure. Si l'état du patient le justifie, il pourra prendre éventuellement la décision de transfert du malade vers le service d'accueil des urgences de l'établissement de santé de rattachement où le psychiatre de garde mettra en œuvre les modalités de la prise en charge (traitement sur place ou indication d'une hospitalisation d'office en service de psychiatrie).

#### **II-2.4.1.3 - La collaboration avec les personnels pénitentiaires dans le cadre de la promotion de la santé mentale en milieu pénitentiaire**

La promotion de la santé mentale est définie par l'organisation mondiale de la santé comme le processus visant à agir sur les facteurs majeurs de la santé mentale d'une personne que sont la maîtrise de sa propre existence, l'identité, la dignité et les liens sociaux. Elle inclut des objectifs qui sont en dehors du secteur de la santé et notamment la réalisation de conditions préalables à la santé (alimentation suffisante, éducation, logement décent...).

Les domaines d'actions de la promotion de la santé sont, notamment, l'environnement de la personne détenue (conditions de vie carcérale, mode de fonctionnement, et interventions de toutes les catégories de personnes exerçant auprès d'elle), la participation concrète de la population aux prises de décisions concernant sa santé et l'acquisition d'aptitudes individuelles permettant d'avoir un plus grand contrôle sur sa propre santé mentale et faire des choix favorables à celle-ci.

La qualité du travail partenarial et des articulations entre les équipes de soins et les personnels pénitentiaires (surveillants, SPIP...) s'inscrit dans la démarche de la promotion de la santé.

La question de la promotion de la santé mentale en milieu pénitentiaire fera l'objet d'un travail interministériel spécifique portant sur ses différents domaines d'actions.

#### **II-2.4.1.4 – L'articulation entre les personnels des UCSA, ceux des SMPR ou ceux des équipes de psychiatrie intervenant en établissement pénitentiaire**

Les personnels soignants intervenant dans les établissements pénitentiaires doivent se coordonner pour assurer une prise en charge globale du patient. Ils ont une mission conjointe de soins et de prévention auprès de la population pénale.

Il s'agit de mettre en place un travail de concertation qui peut revêtir plusieurs aspects :

- dossier médical commun ;
- prescription des médicaments ;
- étude en commun des cas difficiles, notamment celui des patients du quartier disciplinaire ou du quartier d'isolement ;
- mise en place du programme d'éducation à la santé ;
- participation aux réunions institutionnelles.

Ainsi les services sanitaires seront en mesure de fournir des soins de qualité répondant aux besoins de la population pénale.

#### **II-2.4.2 - L'intensification et la diversification des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire**

Il est nécessaire de renforcer les capacités de prises en charge ambulatoires et les alternatives à l'hospitalisation à temps complet dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, l'hospitalisation complète devant être limitée à ses strictes indications médicales. Il s'agit de dépasser la notion de soins courants et d'offrir, en tant que de besoin, des prestations diversifiées incluant, non seulement les consultations, les entretiens individuels et les traitements médicamenteux, mais aussi des prises en charge structurées sous forme d'accueil thérapeutique à temps partiel, d'ateliers thérapeutiques, voire d'hôpitaux

de jour.

Il appartient aux ARH d'évaluer, pour chaque établissement pénitentiaire, les ajustements de moyens à mettre éventuellement en œuvre, en fonction de l'importance et des caractéristiques de la population pénale accueillie ainsi que des projets des équipes. Leur mise en place devra être réalisée en concertation avec la direction régionale des services pénitentiaires afin que les aménagements de locaux éventuellement nécessaires soient préalablement réalisés et que les moyens en personnel de surveillance indispensables au bon fonctionnement des nouvelles prestations soient mis en œuvre simultanément.

S'agissant de l'évolution du rôle des SMPR, le recentrage de leur activité d'hospitalisation en milieu pénitentiaire sur de l'hospitalisation de jour devra s'accompagner d'une réorganisation de cette activité et d'un ajustement de leur capacité d'accueil, à l'occasion de l'ouverture de l'UHSA correspondante. A cet égard, concomitamment à celles données pour la mise en œuvre des UHSA, des instructions seront diffusées au sujet du fonctionnement de l'hospitalisation de jour en milieu pénitentiaire et de l'aménagement de leurs locaux. Par ailleurs, les SMPR pourront rester un lieu de recours, d'une part, pour l'observation et l'évaluation clinique d'une personne détenue en cas de doute sur l'indication d'une hospitalisation et, d'autre part, à la sortie de l'UHSA lorsqu'une prise en charge particulièrement intensive en ambulatoire est encore nécessaire.

### **II-2.4.3 - L'hospitalisation à temps complet en établissement de santé**

La réforme introduite par l'article 48 de la loi d'orientation et de programmation pour la justice prévoit :

- l'accueil en établissements de santé de l'ensemble des hospitalisations pour troubles mentaux des personnes détenues (avec ou sans leur consentement) dans des «unités spécialement aménagées» ; le corollaire étant la suppression de l'hospitalisation à temps complet en SMPR ;
- l'ouverture des indications de l'hospitalisation sur demande d'un tiers aux personnes détenues, la procédure prévue étant celle qui est utilisée pour les hospitalisations d'office dans la population générale ;
- la fixation par un décret en conseil d'Etat des modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées pour troubles mentaux.

Ces dispositions ne sont pas d'application immédiate. Elles sont subordonnées à l'ouverture des unités spécialement aménagées. Dans l'attente, il convient de veiller au maintien des capacités d'accueil en SMPR, à la qualité des hospitalisations d'office (y compris en unité pour malades difficiles, pour les pathologies qui relèvent de cette indication) et de développer les moyens de prise en charge en milieu pénitentiaire.

La mise en œuvre du nouveau dispositif d'hospitalisation des personnes détenues fera l'objet d'instructions spécifiques.

### **II-2.4.4 - L'amélioration de la prise en charge pluri-professionnelle des personnes présentant des troubles ou des risques sur-représentés en milieu pénitentiaire et nécessitant une attention particulière**



#### **II-2.4.4.1 - Le développement de la prévention du suicide**

Le maintien à un niveau élevé du taux de suicide parmi la population détenue (22,8 pour 10.000 personnes détenues correspondant à 122 suicides en 2002) nécessite le renforcement, au sein de chaque établissement pénitentiaire, de la mobilisation des services sanitaires et pénitentiaires sur l'objectif de prévention du suicide. De même, il y a lieu également de s'attacher à améliorer la postvention à la suite d'un suicide survenu dans un établissement pénitentiaire. Ces objectifs devraient être intégrés au travail du comité de coordination local (§ 1.4.2 du chapitre III du présent guide).

Les actions visant à la prévention et à la postvention du suicide en milieu carcéral s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide, développée par le ministère de la santé et les recommandations de la conférence de consensus clinique sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Elles s'inscrivent également dans le cadre des circulaires DAP du 29 mai 1998 et Justice/Santé du 26 avril 2002 relatives à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires.<sup>17</sup>

La prévention du suicide et sa postvention supposent d'une part, une appropriation de cette problématique, chacun dans le cadre de ses missions, par les personnels pénitentiaires (chefs d'établissement, personnels de surveillance et SPIP) et par les professionnels de santé dans le champ des soins somatiques des UCSA, des soins psychiatriques des SMPR et des équipes de psychiatrie générale. L'ensemble des autres intervenants (enseignants, animateurs d'activités socio-éducatives, moniteurs de sport, bénévoles,...) sont également concernés par cette problématique.

La prévention du suicide et sa postvention supposent, d'autre part, une coordination des actions entreprises et une démarche pluridisciplinaire entre les acteurs sanitaires et pénitentiaires d'un côté, et entre les acteurs sanitaires somatiques et psychiatriques de l'autre. Chaque suicide doit être analysé également de façon pluridisciplinaire.

La prévention du suicide en milieu carcéral passe d'abord par une logique globale de mise à niveau de l'environnement et des conditions de détention de la personne détenue. Il s'agit de favoriser le maintien de la santé mentale de celle-ci. Les actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé initiées par les acteurs sanitaires et pénitentiaires contribuent aussi à la restauration de la santé mentale.

##### **II-2.4.4.1.1 - Le repérage de la crise suicidaire**

###### **- la crise suicidaire et le potentiel suicidaire**

La crise suicidaire se définit comme un processus qui peut durer six à huit semaines et qui comporte différentes phases : une phase d'idéation, une phase où le suicide devient une intention de la personne et une phase de programmation avec l'élaboration d'un scénario. L'intervention en cas de crise comprend les actions appropriées à chacune de ces étapes. Elle nécessite l'évaluation préalable du potentiel suicidaire.

---

<sup>17</sup> Circulaire DAP n°000364 du 29 mai 1998 et Circulaire JUSE 02400 75C/SANTE-DGS n°2002-258 du 26 avril 2002 relatives à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires

L'évaluation du potentiel suicidaire intègre trois dimensions : le risque, l'urgence et la dangerosité.

- le risque suicidaire recouvre la probabilité de décès à plus ou moins long terme : il comporte des facteurs individuels, familiaux, psychosociaux, et en l'occurrence judiciaires et pénitentiaires. Il peut être faible, moyen ou élevé.

- l'urgence suicidaire est la probabilité de décéder par suicide à très court terme. Son évaluation nécessite d'explorer la probabilité de décès par suicide, le niveau de souffrance de la personne concernée qui la conduit à l'idée de suicide, la façon et le moment auxquels elle pense réaliser son acte et les moyens dont elle dispose pour mener à bien son idée.

- la dangerosité est l'évaluation de la situation au regard des modalités du passage à l'acte suicidaire : cette évaluation porte sur la létalité du moyen envisagé et son accessibilité par la personne concernée.

Lors d'une crise suicidaire, cette évaluation doit être complétée par l'identification d'un événement précipitant, passé, actuel ou à venir, qui augmente la tension et le désespoir de la personne.

Le repérage de la crise suicidaire doit s'appuyer sur la formation des intervenants.

- la nécessité de formation des personnels pénitentiaires et des professionnels de santé au repérage et à la gestion de la crise suicidaire

Conformément aux circulaires Justice/Santé du 26 avril 2002 et Santé des 29 avril 2002 et 16 juillet 2003 sur les actions prioritaires mises en œuvre dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide<sup>18</sup>, les professionnels de santé exerçant dans les UCSA et les SMPR ainsi que les personnels pénitentiaires font partie des personnels concernés par les sessions de formations pluridisciplinaires, au repérage et à la gestion de la crise suicidaire, organisées par les DRASS et menées par des binômes de formateurs. Les formations de formateurs sont ouvertes aux psychiatres et aux psychologues des SMPR ou des secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire. Ceux-ci s'engagent ensuite à assurer la formation de personnes ressources.

- l'accueil en détention

En 2001 et 2002, près de 10% des suicides se sont déroulés dès la première semaine d'incarcération, que ces personnes soient incarcérées pour la première fois ou fassent l'objet d'un transfert. L'effet de stress et d'angoisse de cette première semaine, le sentiment d'échec aussi, doivent être pris en compte en vue d'atténuer le choc de l'incarcération. La généralisation et l'organisation des quartiers arrivants participent à la prévention du suicide.

Le repérage d'une crise suicidaire est à ce moment essentiel. Il se réalise notamment au travers de la prise en compte de la notice individuelle du magistrat et des entretiens avec les intervenants rencontrant la personne durant ce laps de temps. Dès le repérage, une information rapide entre les équipes pénitentiaires et les équipes de soins est alors primordiale et une démarche pluridisciplinaire doit être

---

<sup>18</sup> Circulaires DGS/SD6C n°2002-271 du 29 avril 2002 et n°2003-355 du 16 juillet 2003 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide: actions prioritaires pour l'année 2002 et année 2003

engagée.

- le repérage en cours de détention, notamment au moment d'un placement au quartier disciplinaire.

Tout au long de la détention, notamment au moment du jugement (avant, pendant et après) lors d'évènements personnels graves, une vigilance particulière doit être apportée aux personnes détenues concernées.

Au début du placement d'une personne détenue au quartier disciplinaire, ce repérage est primordial, puisqu'en 2001 et 2002, 11% des suicides s'y sont déroulés : la crise suicidaire doit y être repérée afin de prendre toutes les mesures appropriées. Les médecins des UCSA en collaboration avec les psychiatres (cf. § 2.4.1.2 du présent chapitre) ont un rôle particulier à jouer en la matière.

- les outils de repérage et d'évaluation

Des outils communs aux différents services constituent une aide utile au repérage et à l'analyse des situations. A cet effet, une grille d'aide au signalement des personnes détenues présentant un risque suicidaire a été diffusée par la circulaire du 26 avril 2002. Si celle-ci peut apparaître complexe d'utilisation, elle peut néanmoins constituer la base d'un entretien avec la personne détenue.

#### **II-2.4.4.1.2 La prise en charge des personnes détenues en crise suicidaire**

- la prise en charge pénitentiaire :

Les personnes détenues identifiées comme présentant une crise suicidaire ou se trouvant dans une situation repérée comme difficile doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part des personnels pénitentiaires.

A l'occasion de la procédure d'accueil des arrivants, au quartier disciplinaire, au quartier d'isolement, à l'occasion d'évènements familiaux graves ou difficiles, au moment des extractions judiciaires, des reconstitutions et du procès, les personnels pénitentiaires doivent être vigilants dans leurs observations pour décrypter autant que possible les signes d'une crise suicidaire et pour le cas échéant prendre toutes les initiatives pour la désamorcer. La circulaire du 26 avril 2002 indique : « il est essentiel de privilégier le dialogue, de converser humainement avec la personne détenue, sans crainte d'évoquer avec elle les idées de suicide ».

Les personnels pénitentiaires doivent signaler aux équipes de soins toute personne qui leur semblerait présenter des risques de passage à l'acte suicidaire. La liste des personnes détenues placées sous surveillance spéciale pour risque suicidaire est communiquée aux personnels sanitaires. Il est souhaitable que cette liste soit élaborée en concertation.

Lorsqu'une personne détenue est repérée en crise suicidaire, un suivi particulier mobilisant tant les personnels de l'établissement que ceux du SPIP, doit être mis en œuvre en étroite coordination avec les services médicaux. Sa situation doit être évaluée de concert par tous les services concernés. La personne détenue peut être placée de façon adaptée sous surveillance spéciale et mise en cellule avec un co-détenu. Un signalement doit en ce cas être fait pour qu'à l'occasion d'un déplacement de son co-détenu, la personne détenue en crise suicidaire ne se retrouve pas seule. Toute initiative doit être prise

pour l'aider à surmonter cette crise : accompagnement renforcé, parloirs prolongés, assistance socio-éducative, offre d'activités (travail, formation, sport, ateliers culturels, activités socio-éducatives).

- la prise en charge sanitaire

Toutes les personnes qui se suicident ne présentent pas une pathologie mentale. Des déterminants majeurs du suicide sont actuellement bien identifiés : la dépression, les troubles de la personnalité, les addictions et la psychose favorisent le passage à l'acte. Il est signalé qu'en milieu pénitentiaire, la crise suicidaire peut prendre le masque de comportements auto ou hétéro agressifs (auto-mutilations, dégradations de la cellule, agressions...).

La prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes détenues, qu'ils soient psychologiques ou psychiatriques, s'inscrit dans une optique de prévention du suicide. La prise en charge des troubles de la personnalité et des addictions y concourt tout particulièrement.

Un entretien médical est proposé à toute personne repérée comme étant en crise suicidaire afin de permettre le diagnostic d'un trouble de santé mentale éventuel et d'initier une prise en charge de ce trouble.

- le suivi pluridisciplinaire coordonné des personnes présentant un risque suicidaire élevé :

La prévention du suicide ne peut se concevoir sans une coordination pluridisciplinaire, en amont de la crise suicidaire, pendant celle-ci ou après une tentative de suicide d'une personne détenue. Elle est fondée sur l'analyse en commun de la situation et sur la coordination des actions et des projets entrepris par chaque service concernant chaque personne repérée comme présentant un risque suicidaire. Elle s'effectue dans le respect des règles déontologiques de chacun des acteurs, notamment au travers de réunions de la commission pluridisciplinaire mise en place dans nombre d'établissements pénitentiaires.

#### **II-2.4.4.1.3 La postvention ou mieux limiter les conséquences d'un passage à l'acte suicidaire**

La postvention comprend toutes les actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assuré des secours et celles qui avaient noué une relation avec la personne qui s'est suicidée (famille, amis, co-détenus, professionnels). Elle vise également à limiter le phénomène d'imitation qui peut exister chez des personnes fragiles.

La circulaire du 26 avril 2002 précise l'attention particulière qui doit être rapidement portée à la famille de la personne détenue décédée concernant l'annonce, la proposition d'un entretien, la délivrance d'informations sûres et concrètes, la possibilité de se rendre dans la cellule et de rencontrer un membre de l'équipe de soins.

Dans le cadre de la postvention, il convient de prendre en compte le ou les éventuels co-détenus de la personne qui s'est suicidée ainsi que celles qui présenteraient les mêmes situations que cette personne. Cette prise en compte peut passer par la proposition d'un entretien avec un professionnel de santé intervenant dans l'établissement.

Enfin, il est nécessaire que la postvention concerne les personnels pénitentiaires et les personnels de santé qui ont découvert la personne ou tenté de lui porter secours par une mise à disposition d'un soutien psychologique.

## **II-2.4.4.2 - La prise en charge des addictions**

Les consommations abusives ou les dépendances aux substances psychoactives concernent un nombre considérable de personnes détenues (cf. § 1.2 du présent chapitre). La prise en charge des addictions en constitue d'autant plus un axe essentiel de travail recoupant les objectifs sanitaires et pénitentiaires.

La note interministérielle Santé/Justice du 9 août 2001 précise les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Elle est accompagnée d'un cahier des charges définissant les rôles respectifs des services sanitaires (UCSA, SMPR ou équipes de psychiatrie, CSST, CCAA) et pénitentiaires.

La multiplicité des services concernés nécessite une coordination de l'ensemble des acteurs autour d'un projet animé par le responsable de projet choisi parmi les personnels sanitaires intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

Il convient de mettre en œuvre les orientations ci-dessous rappelées, telles qu'elles ont été définies dans cette note et le cahier des charges qui lui est annexé.

### **II-2.4.4.2.1 - Le repérage systématique de toutes les situations d'abus et de dépendance par la mise en place d'un outil d'appréciation de la dépendance et de l'abus.**

Le repérage des personnes dépendantes doit être réalisé par les services sanitaires de l'établissement pénitentiaire dès le début de l'incarcération. Il est effectué par l'UCSA lors de la visite médicale obligatoire d'entrée.

Lorsqu'une consommation abusive ou une dépendance est identifiée par le SPIP, celui-ci informe la personne détenue des possibilités de prise en charge socio-sanitaire au sein de l'établissement pénitentiaire. Avec l'accord de celle-ci, le SPIP signale la situation aux services sanitaires.

Le personnel de surveillance ou tout autre intervenant informe les services sanitaires ou le SPIP des problèmes de consommation abusive ou de dépendance observés chez toute personne détenue.

Au moment de l'écrou, et à chaque fois qu'il le juge utile, le chef d'établissement ou son représentant expose la réglementation relative à la consommation de toute substance psycho-active (drogues, alcool, médicaments et tabac) et informe la personne détenue des possibilités de prise en charge socio-sanitaire au sein de l'établissement pénitentiaire.

### **II-2.4.4.2.2 - Diversification des prises en charge**

Quand les personnes sont repérées comme à risque ou dépendantes et pour qu'une prise en charge sanitaire et sociale cohérente se mette en place, les services sanitaires de l'établissement

s'assurent, avec l'accord de l'intéressé, et dans le respect du secret médical, qu'un relais adapté est pris par le centre spécialisé concerné intervenant dans l'établissement pénitentiaire et par le SPIP.

Il convient d'assurer une diversification des modalités de prise en charge (il peut s'agir d'une première proposition de soins) afin de proposer :

- une prescription de substitution ;
- un traitement médicamenteux dans un but de sevrage ;
- une consultation spécialisée d'addictologie.

En tout état de cause, il convient de proposer systématiquement la possibilité d'une poursuite d'un traitement de substitution dûment confirmé.

Les personnes dépendantes au tabac désirant un sevrage doivent avoir accès au traitement d'aide à l'arrêt.

#### **II-2.4.4.2.3 - Proposition d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.**

Cette prise en charge s'effectue selon des modalités diverses non exclusives les unes des autres (consultations spécialisées régulières, activités de groupe).

Il est important d'inciter la personne détenue à s'engager dans la réalisation d'un projet individuel cohérent et réaliste en tenant compte d'une part, de sa situation sanitaire, sociale, familiale et pénale (prévenu, condamné, courte peine, longue peine) et d'autre part, des possibilités offertes au sein de l'établissement pénitentiaire (prise en charge spécialisée, activités sportives et culturelles, travail, formation professionnelle, enseignement ...).

Un travailleur social du SPIP rencontre systématiquement toute personne signalée par les acteurs sanitaires. Dans la mesure du possible, le contact de l'intéressé avec sa famille et son entourage est favorisé.

Du fait de leur savoir-faire et de leur intégration dans les réseaux extérieurs aux établissements pénitentiaires, les CSST et les CCAA sont des interlocuteurs essentiels dans la prise en charge des personnes détenues dépendantes et dans l'élaboration d'un projet individuel. Ils les accompagnent dans leur démarche de soins tout au long de la détention.

#### **II-2.4.4.2.4 - Développer la prévention**

Cette orientation se concrétise, d'une part, par des actions de réduction des risques et par des programmes d'éducation pour la santé (cf. ch.1 § 4), d'autre part, par des actions de lutte contre l'offre de substances psychoactives.

Ce second axe de prévention relève du champ de compétence des chefs d'établissements pénitentiaires mais nécessite des échanges et une coordination des actions des services sanitaires et pénitentiaires dans le respect des contraintes déontologiques et matérielles de chacun. Il s'agit, autant que possible, de limiter les entrées et les trafics de substances psychoactives en détention et d'être attentif aux demandes de personnes détenues s'engageant dans une démarche de soins, en les protégeant des pressions

de la détention.

Les personnes détenues dépendantes au tabac exprimant le souhait de s'abstenir de toute consommation doivent pouvoir solliciter l'affectation en cellule « non-fumeurs » au sein de la détention.

#### **II-2.4.4.2.5 - Préparation à la sortie**

Les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. La préparation à la sortie doit mobiliser de façon coordonnée, en interne, les équipes sanitaires et pénitentiaires et en externe, les structures spécialisées. Les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social lors de la sortie (hébergement, soins, protection sociale...) ainsi que pour la réinsertion sociale et professionnelle. Pour les personnes prévenues, bénéficiant d'une ordonnance de mise en liberté, un support d'information sur les relais sanitaires et sociaux extérieurs doit leur être remis au moment de leur sortie.

#### **II-2.4.4.3 - Les auteurs d'infractions sexuelles**

Le nombre de personnes incarcérées pour infractions sexuelles est en constante augmentation depuis 10 ans : en 2003, elles constituent le quart de la population pénale. Parmi ces personnes, nombre d'entre elles présentent une pathologie mentale en lien avec l'agression commise.

L'évolution de la réflexion et des pratiques cliniques est récente, elle est liée à l'augmentation du nombre de personnes incarcérées pour infractions sexuelles, ce qui a pour conséquence que seul un petit nombre de praticiens possède actuellement une réelle expérience dans le domaine.

Cette situation nécessite le développement des connaissances et des compétences des professionnels de psychiatrie par des échanges plus systématiques entre équipes, la mise en place et la participation à des formations, ainsi que la participation à la recherche. Les recherches multicentriques, du type de celle réalisée par Ciavaldini – Hayat dans 17 SMPR en 1997, sont notamment à poursuivre.

Les personnels soignants devront être plus particulièrement attentifs à certaines spécificités cliniques :

- le rejet du patient lié au ressenti par rapport à l'acte commis ;
- le déni des actes ;
- la relation d'emprise ;
- la manipulation.

La loi du 17 juin 1998 (art. 131-36-4 du code pénal) prévoit que les auteurs d'une infraction sexuelle peuvent être condamnés à une mesure de suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins, lors du jugement ou à l'issue de l'incarcération, s'il est établi après une expertise médicale qu'ils sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement ; elle prévoit alors une incitation aux soins durant l'incarcération.

Ces différents éléments ont des répercussions tant sur les pratiques professionnelles que sur les modes d'organisation.

La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles implique une étroite collaboration entre tous

les acteurs du milieu pénitentiaire :

- les personnels pénitentiaires ont à contrôler et à réduire les phénomènes de stigmatisation concernant les auteurs d'infractions sexuelles et à les protéger des brimades et des agressions dont ils sont souvent victimes en détention. Ces phénomènes, outre qu'ils ont en soi un caractère pathogène, nuisent considérablement à la démarche de soins quand ils ne la contredisent pas ;
- ils accompagnent l'auteur d'infractions sexuelles dans sa démarche de soins toujours exigeante et douloureuse en lui facilitant l'accès aux services médicaux, si nécessaire par des aménagements d'horaire (plan d'action pour la croissance du travail et de l'emploi - Pacte II), et en tenant compte de la nécessaire assiduité à des soins longs, se déroulant selon un rythme déterminé par l'équipe soignante ;
- le chef d'établissement pénitentiaire transmet au psychiatre un résumé de la situation pénale ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées au dossier individuel (art. D. 163 du CPP) ;
- les personnels pénitentiaires prennent, pour ce qui les concerne, les dispositions logistiques nécessaires (locaux, organisation des mouvements...) pour faciliter, à la demande du responsable médical, la mise en place d'ateliers thérapeutiques et d'activités thérapeutiques de groupe ;
- les personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation mobilisent la personne détenue pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet qui prend en établissement pour peines la forme du projet d'exécution de peine (PEP). Ils instruisent les dossiers d'aménagements de peine et préparent la sortie en étroite articulation avec les personnels sanitaires ;
- les personnels des UCSA, dans le cadre de leur intervention pour des actions de prévention ou pour des problèmes de santé somatiques, doit être en cohérence avec l'équipe psychiatrique, particulièrement dans le cadre de l'incitation aux soins ;
- l'équipe psychiatrique définit la méthode de soins appropriée à chaque patient et la met en œuvre en coordination avec l'ensemble des acteurs.

Les difficultés rencontrées dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles rendent indispensable la mise en place d'une supervision et d'une formation spécifiques pour tous les intervenants concernés.

L'orientation vers une consultation spécialisée peut se faire à l'initiative des personnels pénitentiaires, notamment du conseiller d'insertion et de probation, de l'avocat ou de la famille.

La demande de soins peut être formulée de diverses façons :

- spontanément par la personne elle-même ;
- sur incitation réitérée des équipes soignantes en l'absence de demande.

Cette demande de soins peut intervenir à tout moment durant le cursus pénitentiaire (en début d'incarcération, avant ou après le jugement, en vue de la préparation à la sortie...). Quelle que soit



l'origine de la demande, son authenticité sera évaluée par le psychiatre ou le psychologue traitant. Par ailleurs, ces derniers s'attacheront à susciter une demande de soins à partir d'un symptôme banal (anxiété, insomnie, dépression...).

Les méthodes sanitaires d'intervention dans la phase d'incitation aux soins peuvent relever de méthodes de travail de groupe, à distinguer de celui à visée thérapeutique, également utilisé dans la prise en charge psychiatrique des auteurs d'infractions sexuelles. Ces méthodes de groupe sont jugées intéressantes au niveau international et méritent d'être plus largement expérimentées en France.

Les modalités de la prise en charge psychiatrique comportent notamment des suivis individuels ou de groupe, des ateliers thérapeutiques, des thérapies familiales, des traitements hormonaux ... Ils sont assurés par des psychiatres, psychologues et infirmiers. Le responsable de l'équipe psychiatrique prévient le chef d'établissement pénitentiaire des modalités de ces prises en charge (demande de mise à disposition de salles pour les groupes et du personnel de surveillance nécessaire, possibilité d'entretiens familiaux réguliers ...).

Lors de tout transfert vers un autre établissement pénitentiaire, l'équipe soignante veille à assurer la continuité des soins en prenant contact avec l'équipe psychiatrique de l'établissement d'accueil, tant pour évoquer l'avancée de la prise en charge que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet de soins.

La libération de la personne détenue intervient (en dehors du cas de la délivrance d'une ordonnance de mise en liberté par le juge d'instruction pour un prévenu) soit en fin de peine, soit dans le cadre d'un aménagement de peine. Dans les deux cas, la préparation à la sortie se fait en associant tous les acteurs du milieu pénitentiaire : UCSA, SMPR ou équipe de psychiatrie, personnels du SPIP. Ce projet, en lien avec les services sanitaires et sociaux extérieurs, prend en compte les situations respectives de la famille et de la victime.

- la loi du 17 juin 1998 et ses répercussions en milieu carcéral

Elle prévoit l'instauration d'un suivi socio-judiciaire dans le cadre duquel une injonction de soins peut être prononcée, dès lors qu'une expertise médicale a mis en évidence un trouble mental et démontre la nécessité de soins adaptés.

Lorsque l'injonction de soins est prononcée à l'occasion du jugement, son application a lieu au moment de la sortie de détention.

En début d'exécution de peine, le juge d'application des peines informe le condamné de la possibilité d'entreprendre un traitement en prison et réitère cette information tous les six mois, tant que les soins n'ont pas commencés (art. 763-7 du CPP). Il l'informe également qu'un refus de soins est considéré comme un manque d'effort de réinsertion, dont il tient compte dans ses décisions de réduction de peine supplémentaire (art. 721-1 du CPP).

Les personnels pénitentiaires, notamment ceux des SPIP doivent, en lien avec l'équipe de psychiatrie, se mobiliser pour inciter les personnes détenues à entreprendre des soins. Ceci est particulièrement pertinent dans le cadre de l'élaboration du PEP.

Concernant l'incitation aux soins, la question du recueil de la demande de soins doit au préalable être clarifiée. Il apparaît souhaitable que l'équipe psychiatrique soit impliquée au plus tôt.

Le médecin coordonnateur désigné par le juge de l'application des peines est informé par celui-ci de la libération d'un condamné soumis à une injonction de soins. Le médecin coordonnateur peut alors rencontrer le condamné dans l'établissement pénitentiaire où celui-ci finit de purger sa peine ou lui transmettre une convocation pour mettre en œuvre le suivi socio-judiciaire après sa sortie et ainsi préparer au mieux l'articulation avec l'équipe psychiatrique qui prend le relais de la prise en charge. Le juge de l'application des peines du lieu de résidence de la personne détenue est compétent pour assurer le contrôle du suivi socio-judiciaire.

## **Chapitre III**

### **Les soins en milieu pénitentiaire : organisation, articulations et droit des malades**

Les activités de soins et d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, bien que soumises à des contraintes spécifiques, s'exercent selon les mêmes principes qu'en milieu libre.

Ces activités reposent sur une étroite collaboration entre les services pénitentiaires et les services sanitaires et nécessitent une concertation régulière.

Les personnels médicaux émettent des préconisations d'ordre général en matière de santé des personnes détenues ainsi que dans la gestion de situations individuelles. Les personnels pénitentiaires doivent veiller à la mise en œuvre de ces préconisations dans la mesure où elles ne sont pas en opposition avec les contraintes spécifiques du milieu pénitentiaire et après validation par la direction de l'établissement.

La coordination est également impérative entre les équipes chargées des prises en charge somatique et psychiatrique qui peuvent dépendre de deux établissements hospitaliers différents. Leur mission commune auprès de la population pénale implique une articulation des pratiques, notamment en ce qui concerne le dossier médical de la personne détenue, la prescription et l'administration des médicaments, la continuité des soins et des traitements, l'organisation du suivi médical à la libération et le rapport annuel d'activité.

L'ensemble des personnels, tant sanitaires que pénitentiaires, doit recevoir une formation adaptée à ce mode d'exercice et à leurs missions respectives comportant, si possible, des modules communs.

#### **III-1 - Principes généraux de l'exercice médical en milieu pénitentiaire**

La prise en charge sanitaire des personnes détenues s'exerce dans un cadre imposant des contraintes liées au contexte pénitentiaire, dans le respect des règles de déontologie et des droits des patients détenus. A cet effet, toute personne affectée dans une structure médicale en milieu pénitentiaire doit bénéficier d'une formation préalable.

##### **III-1.1 - Les spécificités liées au contexte pénitentiaire**

Pour exercer en milieu pénitentiaire, les personnels soignants sont soumis à une procédure d'habilitation et sont tenus informés des impératifs de sécurité et de fonctionnement à respecter.

### **III-1.1.1 - L'habilitation et l'autorisation d'accès des personnels sanitaires**

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

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

#### **III-1.1.1.1 - La procédure d'habilitation (art. R. 79, 22° et D. 386 à 388 du CPP)**

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

- Les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein dans les structures médicales (UCSA-SMPR) et pharmaceutiques (pharmacie à usage intérieur) sont habilités par le ministre de la justice, préalablement à leur nomination.
- Les praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel dans ces structures ainsi que les autres personnels médicaux et hospitaliers sont habilités par le directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent, préalablement à leur nomination ou à leur affectation.

Dès lors qu'ils postulent pour exercer en milieu pénitentiaire, les personnels médicaux et hospitaliers déposent immédiatement une demande d'habilitation auprès de l'autorité compétente.

Pour fonder son avis, l'administration pénitentiaire ou la direction régionale des services pénitentiaires peut faire effectuer une enquête administrative, qui peut donner lieu à la consultation de fichiers informatisés de données personnelles<sup>19</sup>. Celle-ci est effectuée, à la demande de l'administration par le préfet de département et, à Paris, par le préfet de police.

L'obtention de l'habilitation est subordonnée à l'absence d'une condamnation justifiant l'inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire, pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs. Toute décision de refus d'habilitation est motivée et transmise à l'intéressé.

L'habilitation est accordée, pour une période de cinq ans, renouvelable par tacite reconduction.

Les personnels sanitaires sont informés par le directeur régional des services pénitentiaires ou par son représentant des conditions d'exercice en milieu pénitentiaire et des obligations résultant des diverses dispositions du code de procédure pénale.

Au moment de leur prise de fonctions, le chef de l'établissement pénitentiaire informe les personnels sanitaires des conditions d'exercice en milieu pénitentiaire et leur remet contre émargement un

---

<sup>19</sup> Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne et décret n° 2002-424 du 28 mars 2002 fixant la liste des enquêtes administratives pouvant donner lieu à la consultation de traitements autorisés de données personnelles  
Article 17 de la loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité n° 95-73 du 21 janvier 1995 modifié par l'article 25 de la loi n° 2003-239 pour la sécurité intérieure.

exemplaire du règlement intérieur (art. D. 387 du CPP), et les dispositions du Code de procédure pénale qui ont trait à l'organisation sanitaire en milieu pénitentiaire (annexe H : art. D. 360 à D. 399 du CPP).

### **III-1.1.1.2 - La suspension et le retrait d'habilitation**

Deux cas doivent être envisagés :

- Suspension ou retrait pour manquements graves aux règlements pénitentiaires :

L'habilitation peut être suspendue en cas de manquements graves aux dispositions du code de procédure pénale ou à celles du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire.

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

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

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

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

Il s'agit du ministre chargé de la santé pour les praticiens hospitaliers à temps plein, du préfet de région pour les praticiens à temps partiel et du directeur de l'établissement de santé pour les autres personnels médicaux et hospitaliers.

- En cas de condamnation (art. D. 361-1 du CPP)

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

### **III-1.1.1.3 - L'autorisation d'accès (art. D. 389 à D. 390-1 du CPP)**

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

- à des personnels hospitaliers intervenant à titre temporaire pour une durée inférieure à trois mois, en remplacement d'un personnel habilité, sur proposition du directeur de l'établissement de santé ;
- à des personnels hospitaliers intervenant épisodiquement à la demande du responsable de l'UCSA ou du SMPR, à hauteur de six interventions par an au plus. Dans le cas d'une intervention régulière mais espacée dans le temps, l'intervenant doit bénéficier d'une habilitation ;
- aux personnes intervenant au titre des collectivités territoriales et aux membres du réseau associatif spécialisé, dans le cadre des actions de prévention ;
- aux personnels des structures spécialisées de soins, notamment des centres spécialisés de soins aux toxicomanes et des centres de consultation ambulatoire en alcoologie ;
- aux personnels des entreprises privées assurant l'entretien des locaux des UCSA, lorsque cette fonction n'est pas assurée par des agents des services hospitaliers (cf. ch. I § 2.1.2.6) ;
- aux personnels en stage<sup>20</sup> dans les services de soins, dans le cadre de conventions signées entre l'établissement de santé de rattachement, l'organisme de formation et le stagiaire ;
- aux praticiens conseil des organisme de sécurité sociale.

Sauf situation motivée par l'urgence, cette autorisation n'est délivrée qu'après enquête administrative,<sup>21</sup> diligentée par le préfet et réception du bulletin n° 2 du casier judiciaire.

### **III-1.1.2 - Les modalités de fonctionnement et les impératifs de sécurité inhérents au milieu pénitentiaire**

#### **III-1.1.2.1 - Les règles de sécurité à respecter**

Les membres des équipes soignantes doivent se conformer aux dispositions du code de procédure pénale et à celles du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire. L'établissement de santé est associé à l'élaboration de ce règlement pour les parties qui le concernent.

Les personnels sanitaires sont ainsi soumis aux mesures de sécurité qui s'imposent à tous, notamment la vérification d'identité à l'entrée, le contrôle du matériel, le passage sous le portique de détection, l'attente aux divers postes de contrôle et aux grilles ainsi qu'à la régulation des mouvements (promenades, ateliers, parloirs, UCSA, SMPR, SPIP).

Les locaux de l'UCSA, les locaux du SMPR y compris les cellules d'hébergement peuvent être soumis à une fouille. L'autorité pénitentiaire doit préalablement en informer le directeur de l'établissement de santé et le médecin responsable de la structure médicale, afin que, le cas échéant, ceux-ci puissent y assister ou s'y faire représenter.

---

<sup>20</sup> Les mémoires et les thèses sont placés sous la responsabilité du médecin responsable de la structure médicale d'accueil du stagiaire.

<sup>21</sup> cf note 1

En aucun cas, une armoire à dossiers médicaux ne peut être ouverte hors la présence d'un représentant de la structure médicale, qui veille à garantir leur inviolabilité. Toutefois, un dispositif d'accès garantissant la confidentialité doit être organisé à l'attention des médecins intervenant au titre de l'urgence médicale.

La présence du pharmacien est requise s'il s'agit d'armoires ou d'autres dispositifs de rangement fermés à clef, dans lesquels sont enfermés des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses, notamment des médicaments classés comme stupéfiants.

### **III-1.1.2.2 - La sécurité des personnels sanitaires dans l'établissement pénitentiaire et dans les locaux mis à leur disposition**

L'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnes concourant aux missions de santé dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire (art. D. 373 du CPP).

Des personnels de surveillance sont affectés par le chef de l'établissement pénitentiaire dans les structures médicales, afin de gérer les mouvements des personnes détenues et de veiller à la sécurité et au bon déroulement des activités de soins.

Ces personnels sont désignés par le chef de l'établissement pénitentiaire, après avis du médecin responsable de la structure médicale. Dans l'intérêt du service, ce dernier peut également proposer le remplacement de l'un de ces agents.

Les consultations médicales se déroulent sans la présence du personnel pénitentiaire. Dans le cas où une personne détenue justifie de mesures de surveillance spécifiques, elles doivent être mises en œuvre dans le respect de la confidentialité de l'examen médical.

### **III-1.1.2.3 - La sécurité lors des hospitalisations et des consultations en milieu hospitalier**

Lors des hospitalisations et des consultations en milieu hospitalier, la sécurité est assurée conformément aux textes en vigueur en matière de garde et d'escorte<sup>22</sup>.

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

S'agissant des consultations, les autorités sanitaires et pénitentiaires doivent se concerter afin d'organiser le déplacement de personnes détenues à l'intérieur de l'hôpital. Elles veillent à instituer les circuits de circulation les mieux adaptés et à réduire au maximum les temps d'attente des personnes détenues.

Les modalités de la surveillance doivent permettre de préserver la confidentialité des soins (art. D. 397 du CPP), ainsi que la dignité des personnes.

Les modalités d'escorte et de garde dans le cas d'une hospitalisation d'office pour soins psychiatriques sont précisées au chapitre II § 2.2.2.

---

<sup>22</sup> Articles D. 394 du CPP et circulaire n° 2003-117 du 15 juillet 2003 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus conduits en milieu hospitalier.

### **III-1.1.2.4 - Situations particulières**

En cas de mouvement social des personnels pénitentiaires ou de perturbations majeures de la vie en détention entravant le fonctionnement des structures de soins, le directeur de l'établissement pénitentiaire, en accord avec le directeur de l'établissement de santé et les médecins responsables de ces structures, doit veiller à ce que la prise en charge médicale des urgences et des soins indispensables puisse être assurée.

### **III-1.2 - Les règles de déontologie et d'éthique**

Conformément à l'article L. 1110-5 du CSP, les pratiques de la médecine et de la pharmacie dans les établissements pénitentiaires sont de même nature qu'à l'extérieur et requièrent le même respect des règles de déontologie. La relation entre la personne détenue et les personnels soignants, fondée sur la confiance est garantie par leur indépendance vis-à-vis des autorités pénitentiaires et judiciaires, dans l'exercice de leurs fonctions de soins.

#### **III-1.2.1- Le secret professionnel**

Le secret professionnel est l'un des fondements de la relation entre le médecin, le soignant et la personne malade (art. L. 1110-4 du CSP). Ce secret professionnel s'impose à toutes personnes exerçant au sein des structures médicales en milieu pénitentiaire comme en milieu libre.

##### **III-1.2.1.1 - Le secret professionnel dans le cadre des relations du personnel soignant avec les autorités judiciaires et pénitentiaires**

Le secret professionnel n'exclut pas la nécessaire collaboration avec les autorités judiciaires et pénitentiaires. Il doit être respecté dans le cadre des informations échangées lors des réunions de travail avec des services de l'établissement pénitentiaire. En outre, le personnel pénitentiaire, et plus particulièrement celui affecté aux structures médicales, est tenu d'observer une stricte discrétion. Il ne doit divulguer à quiconque des informations concernant la santé des personnes détenues.

La participation des personnels sanitaires à la commission d'application des peines n'est pas prévue par les dispositions du code de procédure pénale (art. D. 117-1 du CPP). Toutefois, ces personnels peuvent en réponse à une demande du juge de l'application des peines en accord avec le chef d'établissement pénitentiaire, assister à une commission si leur connaissance des cas individuels rend leur présence utile. Lorsque les personnels participent à la commission de l'application des peines, ils doivent veiller à respecter le secret médical. Ils sont également tenus de garder le secret pour tout ce qui concerne les travaux de cette commission.

Par ailleurs, dans l'exercice de ses attributions, le juge de l'application des peines peut demander à entendre les personnels médicaux (art. D. 116-1 du CPP). Ceux-ci ne pourront lui communiquer des informations que dans le respect de leur secret professionnel.

Le médecin intervenant en milieu pénitentiaire est le médecin traitant des personnes détenues. En toutes circonstances, les dispositions de l'article 105 du code de déontologie médicale, prévoyant que "nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade", s'appliquent. Il est interdit au médecin de pratiquer une expertise médicale sur la personne détenue qu'il traite ou qu'il a traité. En cas



de désignation par une autorité judiciaire ou par un organisme, il doit faire part de cette impossibilité à la personne qui l'a désigné.

### **III-1.2.1.2 - Le secret professionnel à l'occasion de la mise en œuvre de mesures de prophylaxie**

Le respect du secret professionnel ne s'oppose pas aux mesures de prophylaxie individuelles ou collectives qui doivent être mises en œuvre, comme dans toute collectivité, dès lors qu'un risque infectieux a été identifié. Elles sont mises en œuvre par le médecin responsable de l'UCSA en liaison avec le médecin du travail de l'établissement public de santé de rattachement et avec le médecin de prévention chargé d'assurer l'hygiène et la prévention auprès des différents personnels intervenant dans l'établissement pénitentiaire. Il convient néanmoins de veiller à ce que ne soient données, à cette occasion, que les informations strictement nécessaires pour faire face à la situation.

### **III-1.2.2 - Les attestations et les certificats médicaux**

En application de l'article 76 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, "l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires".

Ces attestations peuvent être délivrées soit à la demande de la personne détenue ou des autorités pénitentiaires ou administratives, soit à l'initiative du médecin.

#### **III-1.2.2.1 - Les attestations délivrées à la demande de la personne détenue (art. D. 382 du CPP)**

Le médecin délivre à la personne détenue, à sa demande tous certificats ou attestations relatifs à son état de santé, dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur ; ces certificats ou ces attestations sont remis à la personne détenue et, sous réserve de son accord exprès, à sa famille ou à son conseil.

##### **III-1.2.2.1.1- Certificats ou attestations relatifs à la législation du travail et des maladies professionnelles**

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

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

Il en est de même pour le constat de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, de la consolidation (art. D. 412-45 du CSS). La date de la guérison ou de la

consolidation de la blessure est fixée par le chef d'établissement pénitentiaire d'après l'avis du médecin. En cas de désaccord, il est fait appel à un médecin expert (art. D. 412-63 CSS).

Si la libération de la personne détenue intervient avant la guérison ou la consolidation de la blessure, il appartient au médecin de communiquer au médecin conseil de la CPAM, sur sa demande, tous renseignements utiles concernant les soins antérieurement donnés à la victime. (art. D. 412-46 CSS).

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

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

### **III-1.2.2.1.2 - Attestations relatives à des situations particulières**

Conformément aux dispositions de l'article D. 381 du CPP, des attestations peuvent être produites à la demande de la personne détenue dans des situations particulières :

#### **\* Travail :**

- arrêt momentané du travail : une personne détenue qui présente une incapacité momentanée à exercer un travail en raison de son état de santé, peut se voir délivrer un certificat analogue à un certificat d'arrêt de travail par le médecin de l'UCSA.
- aptitude ou inaptitude au travail liée à un poste de travail : la délivrance d'un certificat médical relève de la compétence du médecin du travail et en aucun cas de celle du médecin de l'UCSA.

#### **\* Sport :**

- le médecin de l'UCSA peut délivrer les attestations relatives à la pratique des activités sportives. Dans le cas où le médecin ne délivre pas l'attestation ou lorsque les examens prévus par les fédérations sportives pour l'obtention de la licence nécessitent des investigations spécialisées ne pouvant être réalisées à l'UCSA, les consultations et les examens doivent être réalisés en milieu hospitalier.
- lorsque la pratique régulière d'une activité sportive encadrée par un moniteur de sport nécessite une attestation de non contre indication à cette pratique, elle sera délivrée par le médecin de l'UCSA et établie en triple exemplaire.

\* changement d'affectation ou modification ou aménagement du régime de détention : cf. § 1.3.6 du présent chapitre.

\* certificats pour coups et blessures : ils ne peuvent être remis qu'à la personne détenue elle-même et à sa demande.

Toutes ces attestations sont rédigées en 3 exemplaires. L'un est conservé par le patient, un autre est remis pour faire valoir ce que de droit et le troisième reste au dossier médical de la personne détenue.

### **III-1.2.2.2 - Les attestations délivrées et les avis émis à la demande des autorités pénitentiaires**

A la demande des autorités pénitentiaires, le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire délivre des attestations, dans les cas prévus par l'article D. 382 du CPP :

- dans le cadre de la procédure d'orientation, visant à déterminer l'établissement pénitentiaire le mieux approprié à accueillir une personne détenue condamnée ;
- en vue d'un changement d'affectation ;
- dans le cadre de la procédure de prolongation d'une mesure d'isolement au-delà d'un an, l'avis du médecin est recueilli par le directeur régional des services pénitentiaires. La décision est prise par le ministre de la justice, sur rapport motivé du directeur régional des services pénitentiaires. L'administration pénitentiaire peut également solliciter son avis lorsque le placement à l'isolement concerne un mineur<sup>23</sup>.

Pour toutes les autres situations dont les autorités pénitentiaires estimeraient opportun de disposer d'un éclairage médical, il leur revient de les signaler au médecin à qui il appartient d'apprécier si la situation justifie un avis ou un certificat médical conformément aux termes du § 1.2.2.3 exposé ci-dessous.

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

Dans tous les cas le médecin informe la personne détenue et lui remet, à sa demande, un double de ces attestations ou avis.

### **III-1.2.2.3 - Les avis adressés aux autorités pénitentiaires à l'initiative du médecin**

Les médecins chargés des soins somatiques ou psychiatriques adressent des avis relatifs à l'état de santé de la personne détenue, dès lors qu'ils estiment que l'état de santé d'une personne détenue n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, notamment dans les cas suivants (art. D. 382 du CPP) :

- levée d'une mesure d'isolement, au regard de l'état de santé de la personne détenue (art. D.283-1, 4<sup>ème</sup> alinéa du CPP) : cf. chapitre I, § 3.1.1.2.2 ;
- suspension d'une mesure de placement au quartier disciplinaire, si son exécution est de nature à compromettre la santé de la personne détenue (art. D.251-4 du CPP) : cf. chapitre I, § 3.1.1.2.3 ;
- levée d'une mesure de contrainte, au regard de l'état de santé de la personne détenue (art. D.251-4 du CPP et art. D.283-3 du CPP) : cf. chapitre I, § 3.1.1.2.5 ;
- affectation, en raison de soins fréquents, dans une cellule à proximité de l'UCSA,;

---

<sup>23</sup> Circulaire JUSE 9840065 C du 14 décembre 1998 relative au placement à l'isolement.

- contre indication à un emprisonnement individuel, pour les prévenus (art. D. 59, D. 84, D. 95, D. 516 du CPP) ;
- contre indication à une extraction judiciaire (art. D. 292 du CPP).

Ces avis peuvent notamment être émis dans le cas de personnes présentant un risque de suicide, dans le cadre de leur prise en charge (cf. chapitre II, § 2.4.4.1).

L'avis du médecin est également requis dans le cadre du dispositif de surveillance médicale des grévistes de la faim (art. D. 364 du CPP). L'imprimé concernant la grève de la faim et/ou de la soif, destiné à rendre compte aux autorités de cet incident (art. D. 280 du CPP), comporte des éléments relatifs à cette surveillance médicale. Selon la gravité de la situation le médecin peut émettre un avis sur la nécessité d'une hospitalisation ou, en raison de soins fréquents, d'une affectation dans une cellule située à proximité de l'UCSA (cf. chapitre I § 3.1.1.2.4 et § 3.5).

Dans tous les cas, le médecin doit informer la personne détenue des démarches entreprises. Un double de ces attestations ou avis est remis à la personne détenue, sur sa demande.

#### **III-1.2.2.4 - Documents médicaux entrant dans le cadre de l'article 25-8° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France**

Une personne détenue de nationalité étrangère, malade, peut justifier d'une protection contre les mesures d'éloignement en application de l'article 25-8° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 dès lors que son état de santé "nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'elle ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi".

La procédure à suivre en milieu pénitentiaire est analogue à celle préconisée en milieu libre :

- toute personne étrangère doit être informée des dispositions dont elle peut relever et de ses droits en la matière. Cette information est fournie par l'administration pénitentiaire et plus particulièrement par le SPIP. Elle doit être réalisée suffisamment tôt au cours de la détention afin que la procédure décrite ci-dessous puisse être, le cas échéant, mise en œuvre très en amont de la libération.
- la personne de nationalité étrangère, malade, estimant pouvoir relever de l'article 25-8° de l'ordonnance du 2 novembre 1945, fait établir par le médecin responsable de l'UCSA, un rapport médical précisant le diagnostic de la ou des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution.
- le rapport est transmis, sous pli confidentiel, par le médecin qui l'a établi, au médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente. Ce dernier émet un avis et le transmet au préfet.

#### **III-1.3 - Droits des patients détenus**

La personne détenue bénéficie du droit à la protection de sa santé et au respect de sa dignité comme tout autre patient. Il convient d'être particulièrement vigilant au respect de ces principes, dans la mesure où ils s'appliquent à des personnes en situation de vulnérabilité. Les dispositions des articles L. 1110-1 à L. 1110-7 du CSP relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'appliquent aux personnes détenues.

### **III-1.3.1 - Principes de la prise en charge sanitaire**

Le dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues a pour objectif de leur assurer une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population. Il repose sur les principes suivants :

- leur affiliation, dès l'incarcération, aux assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale ;
- une prise en charge sanitaire assurée par le service public hospitalier tant en milieu pénitentiaire qu'en établissement de santé.

En dehors de ce cadre, les personnes détenues ne peuvent être examinées ou soignées par un médecin de leur choix, à moins d'une décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent (art. R. 57-8 4° et D. 365 du CPP).

Les personnes détenues se trouvant en dehors d'un établissement pénitentiaire, lorsqu'elles bénéficient d'un placement à l'extérieur ou d'un régime de semi-liberté (art. 723 du CPP) ou d'une permission de sortir (art. 723-3 du même code), peuvent être examinées ou soignées par un médecin de leur choix.

Les conditions de prise en charge financière sont décrites au chapitre IV.

### **III-1.3.2 – Information des personnes détenues et expression de leur volonté**

Les dispositions des articles L. 1111-1 à L. 1111-9 du CSP et D. 362 du CPP s'appliquent aux personnes détenues sous réserve des dispositions des articles 145-4 et D. 403 à D. 412 du CPP.

#### **III-1.3.2.1 - Principes généraux (art. L. 1111.1 à L. 1111.7 du CSP et art. 35 et 36 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale)**

##### **III-1.3.2.1.1 - La personne de confiance**

Les personnes détenues peuvent se faire assister par une personne de confiance sous réserve que celle-ci bénéficie d'un permis de visite délivré par l'autorité compétente lui permettant de s'entretenir avec une personne détenue sans que les conversations soient écoutées (art D. 406 alinéa 2 du CPP). Dans ce cas, l'entretien entre le médecin, la personne détenue et la personne de confiance a lieu dans un parloir de «type avocat ».

#### **III-1.3.2.1.2 - Droit à l'information (art. L. 1111-2 du CSP)**

Les professionnels de santé, dans le cadre de leur compétence, informent le patient de façon loyale, claire et appropriée sur son état de santé. Ils lui expliquent les investigations, les soins, et les interventions qu'ils lui proposent ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que ces derniers représentent. Ils envisagent avec le patient détenu les autres solutions possibles et l'informent des conséquences prévisibles en cas de refus. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent dispenser le professionnel de santé de cette obligation. Cette information doit faire l'objet d'un entretien individuel.

#### **III-1.3.2.1.3 - Le consentement (art. L. 1111-4 du CSP)**

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne. La personne détenue a le droit de se rétracter à tout moment.

Comme tout patient, la personne détenue prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui a fournies, les décisions concernant sa santé.

#### **III-1.3.2.1.4 - Le refus de soins (art. L. 1111-4 du CSP)**

Si une personne détenue malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse des investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus, après l'avoir informé des conséquences de son choix. Toutefois, lorsque la vie de la personne est en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Le médecin note, dans le dossier médical, le refus de soins ou de traitement ainsi que l'information donnée au patient sur les conséquences de ce refus.

#### **III-1.3.2.1.5 - Les précautions à prendre pour enregistrer l'accord ou le refus**

L'attention des médecins exerçant en milieu pénitentiaire est attirée sur les précautions à prendre pour recueillir le consentement des personnes privées de liberté. Il leur appartient d'apprécier la nécessité de demander une formalisation écrite de l'accord du patient avant de pratiquer un acte de diagnostic ou de soins. Il en est de même en cas de refus.

#### **III-1.3.2.1.6 - Cas de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté (art. L. 1111-6 du CSP)**

Si la personne détenue malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut procéder aux soins sans que la personne de confiance prévue par l'article L. 1111-6 du CSP, ou à défaut un de ses

proches ait été consulté, sauf urgence ou impossibilité .

### **III-1.3.2.2 - Situation des mineurs et des majeurs sous tutelle**

#### **III-1.3.2.2.1- Le droit à l'information des titulaires de l'autorité parentale et des tuteurs**

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle en matière d'information telle que prévue à l'article L. 1111-2 du CSP sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, sous réserve du refus du mineur, d'accepter la consultation du titulaire de l'autorité parentale (cf. § 1.3.2.2.5 du présent chapitre).

#### **III-1.3.2.2.2 - L'information et la participation des mineurs et des majeurs sous tutelle aux décisions médicales les concernant (article L. 1111-2 du CSP)**

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant de mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

#### **III-1.3.2.2.3 - Le consentement**

Le médecin, appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé, doit prévenir le ou les titulaires de l'autorité parentale ou son représentant légal afin d'obtenir leur consentement (art. 371-1 du code civil, art. L. 1111-5 du CSP, art. 42, alinéas 1 et 2 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale et art. D. 362, alinéa 2 du CPP).

Par ailleurs, le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (art. L. 1111-4 du CSP).

#### **III-1.3.2.2.4 - Le refus de soins du ou des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur (art. L. 1111-4 du CSP)**

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

#### **III-1.3.2.2.5 - Le refus du mineur d'accepter la consultation du titulaire de l'autorité parentale (art. L. 1111-5 du CSP).**

Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à

cette consultation. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix, sous réserve que celle-ci soit autorisée par les autorités judiciaires ou administratives compétente, selon qu'il s'agit d'un prévenu ou d'un condamné, à s'entretenir avec la personne détenue, dans le respect du secret professionnel. Dans l'hypothèse où le mineur ne connaîtrait pas de personne majeure susceptible de remplir cette mission, les travailleurs sociaux du SPIP ou de la protection judiciaire de la jeunesse devront relayer sa demande auprès de partenaires extérieurs. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention.

### **III-1.3.2.3 - Cas particulier des personnes détenues en grève de la faim et/ou de la soif (art. D. 364 du CPP)**

La personne qui se livre à une grève de la faim ne peut être traitée sans son consentement. Néanmoins, le médecin doit intervenir en l'absence de consentement, lorsque l'état de santé de la personne détenue s'altère gravement<sup>24</sup>.

### **III-1.3.3 - Participation aux recherches biomédicales (art. D. 363 du CPP)**

Conformément aux dispositions de l'article L. 1121-5 du CSP et celles de l'article D. 363 du CPP, "les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative (...) ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches biomédicales, que s'il en est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé".

Ces dispositions ont été prévues dans le souci de protéger des personnes fragilisées du fait de leur détention. Ces personnes ne sont pas systématiquement exclues des recherches biomédicales, mais leur participation est subordonnée à des conditions spécifiques destinées à les protéger.

Une attention particulière doit être apportée à l'information des patients et au recueil de leur consentement qui doit être "libre, éclairé et exprès" (art. L. 1122-1 du CSP). Ce consentement est donné par écrit ou, en cas d'impossibilité, attesté par un tiers. Toute recherche effectuée sur un mineur ou un majeur protégé, nécessite le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal mais également celui des intéressés s'ils sont aptes à exprimer leur volonté. En cas d'opposition de la part du mineur ou du majeur protégé, la recherche ne peut être effectuée ou poursuivie (art. L. 1122-2 du CSP).

### **III-1.3.4 - Le don d'organes**

Le don d'organe d'une personne détenue à un tiers s'effectue conformément aux règles du droit commun (cf. art. L. 1211-2 du CSP).

## **1.3.5 - Régime alimentaire (art. D. 361 du CPP)**

---

<sup>24</sup> Commentaires du code de déontologie médicale (Conseil national de l'ordre des médecins) : « Pour les grévistes de la faim, le médecin ne peut intervenir autrement que par la persuasion pour donner des soins à un sujet qui les refuse et refuse de s'alimenter, du moins tant que ce sujet n'est pas en danger de mort.

A partir du moment où l'état de faiblesse est tel que la vie est menacée à brève échéance (et sans nécessairement attendre la perte de connaissance), le devoir du médecin est de prescrire l'hospitalisation afin que puissent être donnés les soins qui s'imposent. Cette question a été très discutée. Pour la grande majorité des médecins et des juristes, on ne peut laisser mourir le gréviste qui, à ce stade, est devenu un malade en péril ou suicidaire.

Ce n'est pas en raison d'une injonction de l'administration que le médecin intervient, il s'y décide dans sa conscience de médecin pour porter secours à personne en danger ».



Les personnes détenues malades bénéficient du régime alimentaire qui leur est médicalement prescrit. L'intervention d'une diététicienne de l'établissement public de santé est de nature à favoriser le respect des prescriptions médicales et leur mise en application.

Il convient de préciser que les régimes végétariens et végétaliens ne sont pas des régimes alimentaires relevant d'une prescription médicale. Il en est de même des régimes confessionnels ou philosophiques.

### **III-1.3.6 - Adaptation des conditions matérielles de détention à l'état de santé de la personne détenue**

Les conditions matérielles de détention peuvent être adaptées à l'état de santé de la personne détenue qui peut bénéficier, soit d'une modification ou d'un aménagement du régime pénitentiaire, soit d'un transfèrement pour raisons de santé.

#### **III-1.3.6.1 - Modification ou aménagement du régime pénitentiaire**

L'état de santé de la personne détenue peut justifier, sur avis médical, d'une modification ou d'un aménagement de son régime pénitentiaire<sup>25</sup>. L'attestation peut être délivrée:

- à la demande de la personne détenue (art. D. 381, f du CPP) ;
- à la demande des autorités pénitentiaires (art. D. 382 - 3ème alinéa du CPP) ;
- à l'initiative du médecin (art. D. 382 - 4ème alinéa du CPP).

#### **III-1.3.6.2 - Transfert pour raisons de santé**

Lorsque les personnes détenues ne bénéficient pas, dans l'établissement où elles sont écrouées, de conditions matérielles de détention adaptées à leur état de santé, ou lorsqu'elles nécessitent une prise en charge particulière, il revient au médecin de demander leur transfert dans un établissement pénitentiaire mieux approprié.

C'est notamment le cas des personnes détenues devant recourir fréquemment à des consultations spécialisées, ce qui nécessite leur séjour dans un établissement pénitentiaire où elles sont assurées, soit à proximité d'un établissement de santé où elles sont réalisées.

La décision appartient :

- au ministre de la justice dès lors qu'elle concerne :
  - un condamné à raison d'actes de terrorisme tels que prévus par les articles 421-1 à 421-5 du code pénal ;

---

<sup>25</sup> Par régime pénitentiaire, il faut entendre, notamment, le régime de l'encellulement individuel ou en commun, l'isolement, le placement en cellule disciplinaire, le confinement ou l'affectation dans un quartier spécifique de l'établissement.

- un condamné inscrit au répertoire des détenus particulièrement signalés prévu par l'article D. 276-1 du CPP ;
  - un condamné à une peine ou à plusieurs peines supérieures ou égales à 10 ans, n'ayant pas encore fait l'objet d'une affectation initiale, dont le reliquat de peine (la durée de l'incarcération) restant à subir au moment où sa condamnation ou la dernière de ses condamnations est devenue définitive, est supérieure à 5 ans ;
  - un condamné à une peine supérieure à 10 ans, ayant déjà fait l'objet d'une affectation initiale par l'administration centrale, si au jour où est formulée la demande, son reliquat restant à subir est supérieur à 3 ans.
  - un condamné dont la destination est une maison centrale.
- au directeur régional pour les autres condamnés, sauf lorsque l'établissement pénitentiaire est situé dans une autre direction régionale (le ministre de la justice est alors compétent) à moins que, s'agissant d'une affectation initiale, le directeur utilise la procédure de mise à disposition interrégionale.

Cependant, s'agissant de l'exécution proprement dite des décisions de transfert, les règles applicables sont les suivantes :

- le ministre de la justice est compétent pour signer les ordres de transfèrement entre des établissements pénitentiaires situés dans des directions régionales différentes et vers ou à partir d'une maison centrale ;
- le directeur régional est compétent dans les autres cas.

S'agissant de prévenus, le transfert ne peut être décidé qu'après accord du magistrat saisi du dossier de l'information (art. D. 301 CPP).

### **III-1.3.6.3 - La prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées**

L'accueil en détention des personnes dépendantes, âgées ou handicapées concerne un nombre croissant de personnes détenues (vieillesse de la population pénale, allongement des peines privatives de liberté, impact des conditions de vie en détention).

Ces personnes doivent pouvoir bénéficier, lors de l'exécution de leur peine, de prestations et de conditions de détention adaptées à leur état.

Les nouveaux établissements pénitentiaires intègrent désormais l'implantation de cellules de détention adaptées à l'accueil de personnes handicapées à hauteur d'au moins une cellule par établissement et selon la norme d'une cellule aménagée par tranche de 150 places de détention.

L'implantation de cellules adaptées est également intégrée dans les programmes de réhabilitation lourde. Pour les autres établissements, les directions régionales sont invitées à définir un plan pluriannuel d'équipement visant à doter les établissements pénitentiaires de leur ressort d'un nombre suffisant de cellules aménagées.

Le nombre de personnes concernées étant faible, la prise en charge des personnes détenues dépendantes et/ou handicapées relève d'un traitement individualisé s'ajustant à leurs besoins.

Les prestations sont les suivantes :

- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) : c'est une aide spécifique d'aide sociale destinée à compenser le besoin en aide humaine de la personne handicapée. Rien ne s'oppose dans les faits à ce qu'une personne remplissant les conditions d'accès à l'ACTP puisse continuer à en bénéficier en prison. Le bénéficiaire doit seulement justifier de l'effectivité de l'aide humaine reçue.

Dans ce contexte, la prise en charge de la personne dépendante et/ou handicapée doit s'organiser, sous l'égide du département, dans le respect des compétences professionnelles. Le concours de personnel socio-sanitaire ou d'auxiliaire de vie permet de proposer une prise en charge adaptée, facilite l'intervention et le travail des personnels pénitentiaires. En règle générale, pour tous les actes qui relèvent de l'intimité de la personne, le recours à une tierce personne s'impose afin d'éviter la sollicitation d'un co-détenu. Dans quelques établissements pénitentiaires, des conventions sont déjà signées avec le département et une association de maintien à domicile. Il appartient aux établissements pénitentiaires de prendre contact avec les associations de maintien à domicile de leur département afin de préparer une convention, concrétisant les modalités d'intervention de tierces personnes, tout en intégrant les obligations induites par les contraintes pénitentiaires. Cette convention s'avérera opérationnelle en tant que de besoin.

- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : c'est une prestation en nature, c'est-à-dire affectée au paiement de dépenses préalablement identifiées. Son versement est, de fait, subordonné dans tous les cas à l'effectivité de l'aide.

Les demandes peuvent également être initiées par le SPIP pendant la détention à partir des certificats du médecin de l'UCSA qui seront transmis sous pli fermé au conseil général du département. Une note d'information de la direction générale de l'action sociale n° 2002-536 du 23 octobre 2002, publiée au bulletin officiel n° 2002-47 du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, en précise les conditions d'application en détention.

- L'allocation aux adultes handicapés (AAH) : c'est une prestation en espèces versée aux personnes détenues dans les conditions suivantes :

- . après 45 jours de détention, l'AAH est réduite à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant cette période de 45 jours, de manière à ce que l'intéressé conserve après réduction, 12% du montant mensuel de l'AAH à taux plein. Toutefois, l'intéressé ne peut percevoir une allocation plus élevée que celle qu'il percevrait s'il n'était pas incarcéré.

- . aucune réduction n'est effectuée :

- \* lorsque l'allocataire est marié, sans enfant et si son conjoint ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la COTOREP ;

- \* lorsque l'allocataire a un ou plusieurs enfants ou un ou plus ascendants à sa

charge.

. le bénéfice du complément d'AAH est suspendu pendant la période d'incarcération dès lors que prend effet la mesure de réduction de l'AAH.

### **III-1.3.7 - Mesures d'aménagement de la peine et grâce présidentielle**

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

La grâce est accordée par le président de la République.

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

Le juge d'application des peines n'est toutefois plus tenu de statuer à la suite d'un débat contradictoire pour octroyer une telle mesure dès lors qu'il a reçu l'accord du condamné ou de son avocat et du parquet en vertu de l'article 722 alinéa 7 du CPP.

En outre, le débat a lieu en l'absence de la personne condamnée, préalablement entendue, en cas d'appel devant la chambre des appels correctionnels ou devant la juridiction nationale de la libération conditionnelle.

Les mesures d'aménagement de la peine sont les suivantes :

#### **III-1.3.7.1 - Le fractionnement et la suspension de peine (art. 132-27 du CPP et art. 720-1 et 720-2 du CPP)**

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

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

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

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

Le nouvel article 720-1-1 du CPP a été introduit par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et a ouvert la possibilité de suspendre l'exécution d'une peine privative de liberté pour des raisons médicales dans des conditions plus larges que l'article 720-1 du CPP et pour une durée indéterminée.

Cette mesure appelée "suspension de peine pour raison médicale" peut être accordée à toute personne condamnée à une peine d'emprisonnement quelle que soit la nature et la durée de la peine.

Elle est possible même si la période de sûreté assortissant éventuellement la condamnation n'est pas encore échue.

Cette suspension de peine pour raison médicale prévue par l'article 720-1-1 du CPP se différencie sur ces points de la suspension de peine prévue par l'article 720-1 du CPP.

Dans tous les cas, il doit être établi, par deux expertises médicales distinctes et concordantes, que la personne condamnée est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention.

La personne détenue hospitalisée dans un établissement pour troubles mentaux est expressément exclue du bénéfice de cette mesure.

En ce qui concerne les personnes condamnées pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné de viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou condamné pour l'une des infractions visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-25 à 227-27 du Code pénal, une expertise psychiatrique doit également être effectuée préalablement à l'octroi d'une mesure de suspension de peine en application des dispositions de l'article 722 alinéa 5 du CPP. Cette expertise doit être réalisée par trois experts lorsque la personne a été condamnée pour meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de quinze ans.

Lorsque la peine privative de liberté prononcée est d'une durée inférieure ou égale à dix ans ou que, quelle que soit la durée de la peine initialement prononcée, la durée de la détention restant à subir est inférieure ou égale à trois ans, le juge d'application des peines est compétent pour ordonner la suspension selon les modalités prévues par l'article 722 du CPP.

Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque la peine prononcée est supérieure à dix ans et la durée de la détention restant à subir est supérieure à trois ans, la juridiction régionale de la libération conditionnelle devient compétente pour connaître des demandes de suspension de peine pour raison médicale.

La suspension de peine pour raison médicale a pour effet d'interrompre l'exécution de la peine. La date de fin de peine sera repoussée d'une durée égale à celle de la suspension.

Elle entraîne une levée d'écrou simplifiée.

Les personnes condamnées bénéficiaires d'une suspension de peine bénéficient des effets des décrets de grâces collectives.

En application de l'article D.147-1 du CPP, issu du décret du 26 avril 2002, la personne condamnée qui bénéficie de cette mesure est placée sous la surveillance du juge de l'application des peines territorialement compétent, assisté du service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Ainsi la juridiction qui accorde la suspension peut prévoir que la personne condamnée sera soumise à une ou plusieurs obligations destinées notamment à vérifier si les conditions d'octroi demeurent remplies.

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

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

#### **III-1.3.7.2 - La permission de sortir (art. 723-3 et D.143 à D.146 CPP)**

Elle autorise la personne détenue à s'absenter d'un établissement pénitentiaire pendant une période de temps déterminée qui s'impute sur la durée de la peine en cours d'exécution. Elle est subordonnée à l'accomplissement de la moitié ou du tiers de la peine. Elle peut être accordée au condamné admis au régime de la semi-liberté ou bénéficiant d'un placement à l'extérieur.

Des permissions de sortir d'une durée d'une journée peuvent être accordées aux personnes détenues qui doivent se présenter dans un centre de soins, si elles ont été condamnées à une peine privative inférieure ou égale à 5 ans ainsi qu'à celles condamnées à une peine supérieure à 5 ans lorsqu'elles ont exécuté la moitié de leur peine.

#### **III-1.3.7.3 - Le placement à l'extérieur sans surveillance (art. D.136 du CPP)**

C'est un régime de détention aménagé. Il peut être accordé par le juge d'application des peines pour une prise en charge sanitaire, sous des conditions qu'il détermine, à la personne détenue dont la peine restant à subir est inférieure ou égale à un an ou, à titre probatoire, lorsque la personne se trouve dans les conditions légales pour prétendre au bénéfice de la libération conditionnelle, ou encore pour celui qui, remplissant les conditions, et dont le reliquat de peine est inférieur à 3 ans.

#### **III-1.3.7.4 - La semi-liberté (art. 132-25 et 132-26 du Code pénal ; art. 723, 723-1, D.49-1, D.137, D.138 du CPP)**

La semi-liberté est un régime de détention spécifique permettant à une personne condamnée de rester sans surveillance continue hors d'un établissement le temps nécessaire, notamment, pour accomplir des soins.

La semi-liberté peut être prononcée par la juridiction de jugement lorsque la peine prononcée est inférieure ou égale à un an ; elle peut être accordée en cours d'exécution de peine par le juge d'application des peines lorsque la durée restant à subir est inférieure ou égale à un an, ou à titre probatoire en vue d'une libération conditionnelle. Cette mesure reste obligatoire (pendant 1 à 3 ans) pour toutes les personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle à perpétuité assortie d'une période de sûreté supérieure à 15 ans afin qu'elles puissent bénéficier d'une libération conditionnelle. L'octroi ou le maintien de la semi-liberté peut être subordonné à l'une des conditions énumérées à l'article D. 536 du CPP. C'est le juge d'application des peines qui détermine les modalités particulières de la semi-liberté (jours et heures de sorties, retour à l'établissement).

### **III-1.3.7.5 - Le placement sous surveillance électronique (art. 723-7 à 723-14 du CPP )**

Les condamnés à une ou plusieurs peines inférieure(s) ou égale(s) à un an ou dont le reliquat n'excède pas un an peuvent bénéficier d'un placement sous surveillance électronique. La mesure qui est décidée par le juge de l'application des peines implique pour le condamné l'obligation de présence sur son lieu d'assignation aux heures fixées par le juge de l'application des peines. Les heures où le bénéficiaire de la mesure doit être présent à son domicile doivent lui permettre, le cas échéant, de suivre un traitement médical.

### **III-1.3.7.6 - La libération conditionnelle (art. 729, 729-3, D.525 du CPP)**

Selon les termes de la loi du 15 juin 2000 relative au renforcement de la protection de la présomption d'innocence et des droits des victimes, elle tend à la réinsertion des personnes condamnées et à la prévention de la récidive. Il s'agit d'une suspension de l'exécution de la peine privative de liberté assortie de mesures d'aide et de contrôle, mises en œuvre par le service pénitentiaire d'insertion et de probation, et dont l'octroi est subordonné au respect de certaines conditions préalables et postérieures à l'élargissement.

La libération conditionnelle peut être accordée lorsque la durée de la peine accomplie par la personne condamnée est au moins égale à la durée de la peine lui restant à subir (1/2), elle doit être égale au double en cas de récidive (soit les 2/3). Le nouvel article 729-3 du CPP prévoit que la libération conditionnelle peut aussi être accordée pour toute personne condamnée à une peine privative de liberté dont le reliquat est inférieur ou égal à 4 ans, lorsque cette personne condamnée exerce l'autorité parentale sur un enfant de moins de 10 ans ayant chez ce parent sa résidence principale.

L'article D.525 du CPP permet, dès lors que la personne condamnée remplit les conditions prévues par l'article 729 ou l'article 729-3 du CPP de bénéficier de la libération conditionnelle même si elle n'est pas sous écrou.

La mesure de libération conditionnelle est accordée, après débat contradictoire, soit par le juge d'application des peines lorsque la peine prononcée est d'une durée inférieure ou égale à 10 ans, ou lorsque la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à 3 ans (art. 722 du CPP), soit par la juridiction régionale de la libération conditionnelle dans les autres cas.

La personne condamnée, sauf si elle est étrangère et sous le coup d'une mesure d'éloignement, peut refuser son admission à la libération conditionnelle.

### **III-1.3.7.7 - La grâce présidentielle (art. 133-7 du Code pénal)**

Ce n'est pas à proprement parler une mesure d'aménagement de peine. La grâce est une décision du Président de la République qui dispense une personne condamnée de l'exécution de tout ou partie de sa peine. Elle peut être collective ou individuelle. Exceptionnelle, permettant d'avancer la date de fin d'une peine, et par là, la durée de la période de sûreté, elle peut être le dernier recours de celui qui, gravement malade, n'entrerait pas dans les conditions des mesures énumérées ci-dessus.

### **III-1.3.8 - Droits des personnes détenues hospitalisées (art. D. 395 du CPP)**

Les personnes détenues admises à l'hôpital sont considérées comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire.

Les règlements pénitentiaires demeurent applicables aux personnes détenues hospitalisées dans toute la mesure du possible ; il en est ainsi notamment en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur.

#### **III-1.3.8.1 - Suivi de la situation pénale**

Les jours d'hospitalisation sont comptés dans la durée de la peine ou de la détention provisoire comme si la personne détenue n'avait pas quitté l'établissement pénitentiaire. Sa situation pénale doit donc continuer à être gérée dans les mêmes conditions que si elle était en détention, et elle doit pouvoir bénéficier des mesures d'aménagement de peine que sa situation pénale autorise.

Si la peine vient à expiration pendant l'hospitalisation ou si la personne détenue bénéficie d'un ordre de mise en liberté, la levée d'écrou est assurée par un personnel du greffe de l'établissement pénitentiaire qui se rend directement à l'hôpital.

#### **III-1.3.8.2 - Relations avec l'extérieur**

Le chef de l'établissement pénitentiaire informe l'autorité préfectorale des conditions dans lesquelles la personne détenue hospitalisée peut entretenir des relations avec l'extérieur. Il lui communique, dans les meilleurs délais, les permis de visite des personnes autorisées à rendre visite à la personne détenue hospitalisée.

##### **III-1.3.8.2.1 - Hospitalisation pour motif somatique**

Les visites s'effectuent sous la surveillance et la responsabilité des agents de la force publique préposés à la garde des personnes détenues.

Les personnes détenues hospitalisées peuvent écrire et recevoir des lettres. Toutefois cette correspondance transite systématiquement par l'établissement pénitentiaire d'écrou qui en assure la remise à l'intéressé ou l'expédition au destinataire dans les meilleurs délais. Tout courrier arrivant directement à l'hôpital doit être retourné à l'établissement pénitentiaire.



Par exception au principe posé ci-dessus, la personne détenue peut écrire sous pli fermé au directeur de l'hôpital dans lequel elle est soignée, sans que ce courrier ait à transiter par l'établissement pénitentiaire (art. D.262 et A.40 du CPP).

Les conditions juridiques de l'accès aux communications téléphoniques des personnes incarcérées et les difficultés d'organisation qui en découlent (contrôle de l'identité du correspondant et du contenu de la conversation, limitation de l'accès à certaines catégories de personnes détenues) conduisent à ne pas autoriser les personnes détenues à téléphoner ou à recevoir des communications téléphoniques pendant leur séjour à l'hôpital. Cependant, dans des situations très spécifiques, l'établissement de santé pourra être amené à solliciter l'administration pénitentiaire, afin de faire exception à cette règle. En ce qui concerne les prévenus, l'administration pénitentiaire doit toujours solliciter l'accord du magistrat saisi du dossier de l'information.

#### **III-1.3.8.2.2 - Hospitalisation pour motif psychiatrique : l'hospitalisation d'office**

Les visites s'effectuent actuellement sous la surveillance et la responsabilité du personnel hospitalier. Le chef de l'établissement pénitentiaire doit donc informer le préfet et le directeur de l'établissement de santé des conditions dans lesquelles la personne détenue hospitalisée peut entretenir des relations avec l'extérieur. Il lui communique, dans les meilleurs délais, les permis de visite des personnes autorisées à rendre visite à la personne détenue hospitalisée.

Les courriers d'une personne détenue hospitalisée d'office transitent par l'établissement pénitentiaire. Seules les correspondances répondant aux dispositions de l'article L. 3222-4 du CSP<sup>26</sup> sont envoyées directement par les services de l'hôpital à leur destinataire. Par ailleurs, la personne détenue peut écrire sous pli fermé au directeur de l'hôpital dans lequel elle est soignée, sans que ce courrier ait à transiter par l'établissement pénitentiaire (art. D.262 et A. 40 du CPP).

L'accès aux communications téléphoniques répond aux mêmes règles qu'en cas d'hospitalisation pour motifs somatiques.

#### **III-1.3.9 - Information relative à l'état de santé**

Les personnes détenues doivent avoir le même accès aux informations relatives à leur santé que les personnes en milieu libre. Il s'agit notamment de la prescription des médicaments, des attestations, avis et certificats médicaux, du dossier médical ainsi que du carnet de santé.

##### **III-1.3.9.1 - La prescription des médicaments**

Le médecin remet à la personne détenue un double de sa prescription, indiquant la nature du traitement, sa posologie, sa durée et ses modalités d'administration (cf. § 2.2 du présent chapitre).

##### **III-1.3.9.2 - Les attestations, les avis et les certificats médicaux**

---

<sup>26</sup> Les autorités visées par l'article L. 3222-4 du CSP sont les suivantes : le préfet, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance, le maire de la commune et le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement.

La personne détenue est informée de tous les documents délivrés aux autorités pénitentiaires, à leur demande, ou produits à l'initiative du médecin (cf. § 1.2.2 du présent chapitre). Un double de ces documents lui est remis par le médecin, si elle en fait la demande.

### **III-1.3.9.3 - L'accès au dossier médical**

Le contenu du dossier médical est fixé par l'article R. 1112-2 du CSP (cf. § 2.1.1 du présent chapitre).

#### **III-1.3.9.3.1 - Les principes**

Les dispositions relatives à la communication aux patients des informations contenues dans le dossier médical et à l'information des personnes soignées s'appliquent au dossier médical de la personne détenue, dossier hospitalier régi par les dispositions des articles R. 1111-1 à R. 1111-6 et R. 1112-1 à R. 1112-9 du CSP (cf. § 2.1 du présent chapitre). Ces dispositions sont les suivantes :

- Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels et des établissements de santé (art. L. 1111-7, 1<sup>er</sup> §) ;
- Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet (art. L. 1111-7, 2<sup>ième</sup> §) ;
- La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin (art. L. 1111-7, 3<sup>ième</sup> §) ;
- La consultation des informations, dans le cadre d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière (art. L. 1111-7, 4<sup>ième</sup> §) ;
- Pour les mineurs, la personne pouvant exercer le droit d'accès est le ou les titulaires de l'autorité parentale, sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5. Le mineur peut demander que cet accès ait lieu en présence d'un médecin (art. L. 1111-7, 5<sup>ième</sup> §) ;
- Les ayants droit d'une personne décédée ont accès à son dossier médical dans les conditions prévues à l'article L.1111-4 (art. L. 1111-7, 6<sup>ième</sup> §) ;
- La consultation sur place des informations est gratuite (art. L. 1111-7, 7<sup>ième</sup> §).

#### **III-1.3.9.3.2 - La procédure**

Les personnes détenues qui souhaitent avoir accès aux informations relatives à leur santé doivent adresser une demande au directeur de l'hôpital de rattachement ou à la personne qu'il aura désignée pour cette mission, dont le nom doit être porté à la connaissance des personnes détenues dans la partie du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire relative à l'UCSA ou au SMPR. L'établissement de santé doit s'assurer au préalable de l'identité du requérant auprès du service de l'UCSA et de l'établissement pénitentiaire.

Il doit être laissé aux intéressés un délai de réflexion de 48 heures à l'issue duquel l'établissement de santé doit donner droit à leur demande dans un délai de 8 jours à compter de la date de la réception de la demande, ou de 2 mois, si les informations remontent à plus de 5 ans.

L'accès aux informations médicales s'effectue au choix de l'intéressé, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin qu'il aura désigné à cet effet : (art. L. 1111-7 et R. 1112-1 du CSP).

Dans le premier cas, le dossier est communiqué à la personne détenue dans les locaux de l'UCSA (ou du SMPR si la personne détenue y a été admise), par le médecin responsable de l'UCSA ou du SMPR selon les cas, ou tout autre médecin de l'unité qu'il aura désigné à cet effet. Lorsqu'en raison des informations contenues dans le dossier, le praticien de l'UCSA ou du SMPR préconise à la personne détenue de se faire accompagner d'une tierce personne, l'entretien entre le médecin de l'UCSA ou du SMPR, la personne détenue, et la tierce personne ne peut avoir lieu que si cette dernière bénéficie d'un permis de visite lui permettant de communiquer avec la personne détenue sans contrôle. Si la tierce personne est extérieure à l'administration pénitentiaire, l'entretien entre le médecin, la personne détenue et la tierce personne a lieu dans un parloir de type «avocat ».

Dans le second cas, la personne détenue doit indiquer à l'établissement le nom et les coordonnées du médecin choisi. Après s'être assurée de la qualité de médecin de la personne ainsi désignée, l'établissement de santé peut selon son choix ou celui du demandeur, lui adresser ou lui remettre les documents. La délivrance de copies s'effectue aux frais du demandeur (y compris lorsque les documents sont adressés au médecin désigné par la personne détenue) sur un support analogue à celui utilisé par l'établissement de santé ou sur papier au choix du demandeur et dans la limite des possibilités techniques de l'établissement<sup>27</sup>. La communication de ces informations à la personne détenue par ce médecin nécessite la délivrance par l'autorité compétente (magistrat saisi du dossier de l'information s'agissant des prévenus, chef d'établissement s'agissant des condamnés) d'un permis de visite garantissant la confidentialité de l'entretien tel que prévu par l'alinéa 2 de l'article D. 406 du CPP. En outre, le permis de visite doit préciser que le médecin est autorisé à apporter copie des documents. Toutefois, la remise des documents aux personnes détenues lors des visites n'est pas autorisée. Dans l'hypothèse où le médecin désigné souhaiterait communiquer ces informations par courrier ou par téléphone à la personne détenue, il est rappelé qu'il n'est pas fait exception dans ce cas aux dispositions relatives aux contrôles des courriers et des communications téléphoniques respectivement prévus aux articles D. 413 et D. 417 du CPP.

Dans la mesure où les cellules sont susceptibles d'être fouillées, même en l'absence des personnes détenues, il est rappelé que celles qui garderaient copie de leur dossier médical en cellule, s'exposent à le voir contrôler par les personnels pénitentiaires.

### **III-1.3.9.3.3 - Les mineurs ou les majeurs protégés**

Le droit d'accès au dossier médical des mineurs ou des majeurs placés sous tutelle est exercé selon le cas, par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur de l'intéressé selon les modalités exposées ci-dessus. Cependant le mineur peut demander à ce que la communication des informations médicales le concernant ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Ce dernier est alors choisi par le titulaire de l'autorité parentale. L'accès au dossier médical peut s'opérer soit par consultation sur place dans un local administratif de l'établissement pénitentiaire, sous réserve de la délivrance d'une autorisation d'accès au titulaire de l'autorité parentale et au médecin par le chef d'établissement ou à l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA, soit par envoi d'une copie des documents concernés.

---

<sup>27</sup> Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP.

Lorsqu'un mineur souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont il a fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5 du CSP, il peut demander au médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention de mentionner à son dossier médical son opposition. En cas de demande du titulaire de l'autorité parentale, le médecin doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur ; si le mineur persiste dans son refus de communiquer les informations médicales concernées, son choix est respecté.

Le dossier médical d'un détenu mineur n'est plus communicable au titulaire de l'autorité parentale une fois que celui-ci a atteint sa majorité.

#### **III-1.3.9.3.4 - Les personnes détenues décédées**

L'ayant droit d'une personne détenue décédée peut demander à obtenir la communication du dossier médical selon les modalités prévues par les articles L. 1110-4 et R. 1111-7 du CSP. Le chef de l'établissement pénitentiaire ne doit pas répondre directement à l'ayant droit, mais le diriger vers le directeur de l'établissement de santé.

En cas de nécessité de consulter le dossier médical d'une personne décédée et incarcérée avant 2001, en fonction de l'accord cadre relatif à la prise en charge de la fonction santé dans les établissements pénitentiaires du programme 13000 par le service public hospitalier depuis 2001, les dossiers médicaux qui étaient antérieurement placés sous la responsabilité des sociétés gestionnaires, sont placés depuis cette date, directement sous la responsabilité de l'établissement de santé. Ce dernier transmet copie de ces dossiers au médecin désigné par la société lorsque celle-ci demande communication des dits dossiers.

#### **III-1.3.9.4 - Le carnet de santé**

Les dispositions relatives aux personnes détenues ont été définies par la circulaire DH/AF1/97/N° 56 du 29 janvier 1997 relative aux modalités pratiques d'utilisation du carnet de santé dans les établissements de santé et par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Selon la décision prise par la personne détenue, le carnet de santé peut, pour des raisons de confidentialité, être conservé par l'UCSA, conformément à la note DAP JUSE 9740071 N du 20 mars 1997 relative aux carnets de santé des détenus. Il est précisé que ce document doit circuler obligatoirement sous pli cacheté, y compris lors de sa remise à l'intéressé lors de sa libération.

### **III-1.4 - L'articulation des missions des personnels sanitaires et pénitentiaires**

Les rôles dévolus au personnel sanitaire et au personnel pénitentiaire sont ainsi définis :

- relèvent de l'équipe sanitaire l'ensemble des soins et la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- relèvent du service public pénitentiaire les missions d'exécution des décisions et des sentences pénales, de sécurité publique, de réinsertion sociale et d'individualisation des peines des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire.

Les membres de l'équipe sanitaire et les personnels pénitentiaires travaillent en liaison les uns avec les autres, dans la complémentarité et le respect réciproque de leurs missions. Celles-ci s'exercent dans le respect de la dignité des personnes et concourent au projet global d'insertion sociale des personnes détenues.

### **III-1.4.1 - Rôle des personnels pénitentiaires par rapport à la prise en charge sanitaire des personnes détenues**

L'ensemble des services de l'établissement pénitentiaire et le service pénitentiaire d'insertion et de probation sont appelés à travailler avec les membres des équipes sanitaires. Ils contribuent à la mise place et à l'animation des partenariats nécessaires.

Le chef de l'établissement pénitentiaire est l'interlocuteur naturel du directeur de l'établissement de santé et du médecin responsable de l'équipe sanitaire, dès lors qu'il s'agit de débattre des questions d'organisation générale ou de difficultés ponctuelles. Le chef d'établissement s'assure du signalement des personnes détenues entrantes au responsable de l'équipe médicale afin qu'elles puissent bénéficier d'un examen médical dans les conditions décrites au chapitre I § 3.1.1.2.1 (art. D. 285 et D. 381(a) du CPP). Lorsqu'un examen médical (somatique ou psychiatrique) est demandé par l'autorité judiciaire par le biais de la notice individuelle (art. D. 32-1 et D. 55-1 du CPP), ce signalement est immédiat ; toutefois, si l'arrivée d'une personne détenue intervient en dehors des heures d'ouverture de l'UCSA ou du SMPR, elle peut être mise en relation téléphonique avec le médecin régulateur du système de permanence des soins qui apprécie les suites à donner (cf. ch. I § 3.2).

Le chef d'établissement s'assure de la communication quotidienne de la liste des personnes placées à l'isolement ou au quartier disciplinaire (ch. I § 3.1.1.2.2 et 3.1.1.2.3).

Le personnel de surveillance assure la sécurité des membres de l'équipe soignante et favorise le déroulement de leurs activités. Il constitue un relais essentiel entre l'équipe soignante et la population pénale. A ce titre :

- il organise et contrôle les mouvements des personnes détenues ;
- il accompagne le personnel infirmier lors de la distribution des médicaments en détention ;
- il assure la transmission au personnel soignant des demandes de consultations des personnes détenues<sup>28</sup> et des appels urgents conformément aux dispositions décrites au chapitre I, § 3.1.1.1 ;
- il communique à l'équipe soignante ses observations et signale ses remarques sur l'état de santé des personnes détenues qui ne formuleraient pas spontanément de demande de soins.

---

<sup>28</sup> L'acheminement des demandes de consultations vers l'UCSA est assurée :

- au moyen d'une boîte à lettres réservée à cet effet, directement accessible aux personnes détenues à l'occasion de leurs mouvements en détention (mouvement de promenade par exemple) et dont seuls les personnels soignants détiennent la clef ;

- par le personnel pénitentiaire qui relaye les demandes orales ou écrites. Lorsque la demande est formulée sous pli fermé, la confidentialité est respectée.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation a pour mission de participer à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les personnes détenues, de favoriser le maintien des liens familiaux et de les aider à préparer leur réinsertion sociale. Il exerce cette mission en étroite collaboration avec les équipes sanitaires (art. D. 460 du CPP).

Le service du greffe, qui effectue les formalités d'écrou et de libération et assure la gestion du dossier pénal de chaque personne détenue, constitue pour les structures médicales un interlocuteur habituel. Il communique notamment, à l'UCSA et au SMPR, la liste des entrants et, le plus précocement possible, la liste des personnes détenues susceptibles d'être transférées. Il communique également la liste des personnes condamnées libérables selon un échéancier convenu entre le chef d'établissement pénitentiaire et les responsables de l'UCSA et du SMPR (cf. § 2.3 du présent chapitre).

L'ensemble des services intervenant dans l'établissement pénitentiaire et notamment les moniteurs de sport, les enseignants et les formateurs, ainsi que les aumôniers sont également appelés à collaborer avec les équipes soignantes.

### **III-1.4.2 - La concertation institutionnelle**

Le comité de coordination est un organe de concertation, entre le ou les établissements de santé concernés et l'établissement pénitentiaire, portant sur les conditions d'application du protocole, constitué, conformément à l'article R. 711-16,10° du CSP. En fonction de chaque contexte, la composition de chaque comité est précisé dans le protocole signé entre le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le Directeur régional des services pénitentiaires, les Directeurs des établissements de santé et le Directeur de l'établissement pénitentiaire (annexe A, article 15 ; annexe B, article 10, et annexe C, article 11 du présent guide).

Il est souhaitable que participent à ce comité, outre les signataires du protocole ou leurs représentants :

- le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et le médecin inspecteur de santé publique ;
- le chef de service de rattachement et le médecin responsable de l'UCSA ;
- le chef de service du SMPR ou le chef de service et le psychiatre du secteur en charge des soins psychiatriques dans l'établissement pénitentiaire ;
- le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Le comité de coordination est présidé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou par son représentant. L'ordre du jour est déterminé par le président.

Il se réunit régulièrement et en tant que de besoin, pour régler des difficultés ponctuelles. En tout état de cause, il est convoqué, au moins une fois par an à l'initiative de son président, pour la présentation du rapport annuel d'activité par l'établissement de santé.

En cas d'incident concernant un membre de l'équipe soignante, il est indispensable que le directeur de l'établissement de santé soit immédiatement, et préalablement à toute décision, informé de la situation.

Au-delà de la communication informelle établie au quotidien entre les personnels soignants et les personnels pénitentiaires, il est indispensable de mettre en place une coordination fonctionnelle en associant les personnels sanitaires aux réunions de coordination de l'établissement pénitentiaire et en créant une « commission santé ». Celle-ci sera mise en place dans chaque établissement pénitentiaire. Elle sera composée de représentants des équipes hospitalières tant somatiques que psychiatriques et des services pénitentiaires. Elle élaborera les procédures et les outils formalisés visant à la coordination et à l'information réciproque des équipes et des services précités. Elle n'aura pas compétence pour traiter des cas individuels, en revanche son activité doit permettre l'information des différents professionnels sur leurs compétences et leurs limites d'intervention. Elle devra favoriser la mobilisation des services sur la prévention du suicide.

### **III-1.4.3 - Les procédures à formaliser**

Certaines activités de soins impliquant une étroite coordination entre les équipes sanitaires et pénitentiaires, celle-ci doit alors être formalisée sous forme de protocoles.

### **III-1.4.4 - Le contrôle effectué par la commission de surveillance**

Le contrôle de la salubrité de l'établissement pénitentiaire et de l'organisation des soins entrent dans les missions de la commission de surveillance (art. D. 184 du CPP). Elle est destinataire des rapports d'activité de l'UCSA et du SMPR (art. D. 376 du CPP). Le ou les directeurs des établissements sanitaires concernés ainsi que les responsables des équipes chargées des prises en charge somatique et psychiatrique doivent être informés par le chef de l'établissement pénitentiaire de la date à laquelle la commission de surveillance de l'établissement se réunit. Les personnels sanitaires, de même que toutes les personnes exerçant dans l'établissement, ne peuvent faire partie de la commission de surveillance (art. D. 180 du CPP) ; toutefois, en tant que de besoin, la commission de surveillance peut demander à ce que ceux-ci soient entendus (art. D. 183 du CPP).

## **III-2 - Coordination et spécificités des pratiques en milieu pénitentiaire**

La collaboration et la coordination entre les équipes somatiques et psychiatriques sont indispensables pour garantir une réponse de qualité et la cohérence des soins. L'intervention d'équipes issues de services, voire d'établissements, différents ne doit pas nuire à l'objectif de prise en charge globale de la personne détenue.

Les équipes chargées des prises en charge somatique et psychiatrique ont une mission conjointe à remplir auprès de la population pénale. Elles doivent donc coordonner leurs pratiques, notamment en ce qui concerne le dossier médical du patient détenu, la prescription et l'administration des médicaments, la continuité des soins et des traitements, l'organisation du suivi médical à la libération et le rapport annuel d'activité. A ce titre, il leur est recommandé d'organiser régulièrement des réunions communes et d'élaborer un projet global de prévention et de soins.

### **III-2.1 - Le dossier médical de la personne détenue (art. L. 1111-7 et R. 1111-2-1 à R. 1112-9 du CSP et art. D. 375 du CPP)**

Le dossier médical de la personne détenue doit permettre son suivi tout au long de son incarcération, quels qu'en soient la durée et les lieux successifs. Son informatisation sera étudiée concomitamment au développement de la télémédecine.

#### **III-2.1.1 - Contenu et gestion**

Le dossier médical est constitué de l'ensemble des documents relatifs au suivi médical de la personne détenue, tant en ce qui concerne les soins somatiques que les soins psychiatriques. Il comprend les éléments visés à l'article R. 1112-2 et R. 1112-3 du CSP, notamment les conclusions de l'évaluation clinique initiale, les prescriptions, la nature des soins dispensés, le consentement écrit du patient lorsque celui-ci est requis sous cette forme, les correspondances entre professionnels de santé ainsi que le dossier de soins infirmiers et la fiche dentaire. En outre, le dossier comporte l'identification de la personne de confiance désignée par la personne détenue en vertu de l'article L. 1111-6 du CSP et celle de la personne à prévenir. Enfin le dossier comprend les copies des certificats, des attestations et des avis médicaux.

En application des dispositions des articles R. 1112-2 et suivants du CSP, le dossier est placé sous la responsabilité exclusive de l'établissement de santé dispensant les soins somatiques et conservé dans les locaux de l'UCSA, dans des conditions garantissant la confidentialité et la préservation du secret médical. Un endroit spécifique, fermé à clé et accessible exclusivement au personnel soignant, doit être prévu à cet effet.

Afin de garantir la continuité des soins, les dossiers médicaux des personnes détenues incarcérées avant mars 2001, qui étaient antérieurement placés sous la responsabilité de sociétés gestionnaires, sont placés depuis cette date, directement sous la responsabilité de l'établissement de santé. Ce dernier transmet copie de ces dossiers au médecin désigné par la société lorsque celle-ci demande communication des dits dossiers, notamment pour assurer sa défense en cas de contentieux.

Le dossier médical est communiqué aux médecins spécialistes venant effectuer des consultations. Ceux-ci doivent y noter les conclusions de leurs examens et leurs prescriptions. Les dispositions prises pour qu'un médecin appelé en urgence puisse consulter le dossier doivent permettre de respecter la confidentialité (cf chapitre III, § 1.1.2.1).

Lors d'un transfert d'une personne détenue, l'UCSA n'est tenue de conserver que la partie du dossier qu'elle a réalisée elle-même : en conséquence, il est préconisé qu'elle transmette la photocopie des pièces essentielles de son propre dossier ainsi que celles éventuellement reçues d'une autre UCSA.

Le SMPR établit un dossier médical spécifique pour les personnes détenues admises dans son unité d'hospitalisation. Ce dossier est placé sous la responsabilité de l'établissement de rattachement du SMPR. Pendant le séjour de la personne détenue au SMPR, le dossier médical établi par l'UCSA est momentanément transféré au SMPR. Les prescriptions des psychiatres sont portées dans ce dossier ainsi que le compte-rendu de ce séjour.

#### **III-2.1.2 - Communication du dossier médical à des praticiens extérieurs**

La communication du dossier médical des personnes détenues à des praticiens extérieurs obéit



aux mêmes règles que celles du droit commun en la matière.

Lorsqu'une hospitalisation ou des examens spécifiques sont nécessaires, le médecin de l'UCSA est tenu de communiquer, avec l'accord du patient détenu, les éléments du dossier médical indispensables à la continuité des soins.

En dehors de ce cadre, des exceptions légales prévoient, de manière limitative, l'accès de certains médecins aux informations contenues dans le dossier médical, lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions. Il s'agit des médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, des médecins inspecteurs de santé publique et des médecins conseils des organismes d'assurance maladie (art. L. 1112-1, 4ème alinéa du CSP).

Le dossier médical n'est communicable aux experts judiciaires qu'avec l'accord du patient. Le patient peut refuser de leur communiquer tout ou partie de son dossier médical.

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

### **III-2.1.3 - Préservation de la confidentialité des informations médicales à l'occasion des transfèvements et des extractions**

La transmission des informations médicales se fait sous la responsabilité de l'établissement de santé assurant les soins dans l'établissement pénitentiaire d'origine. Elle doit être réalisée dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité. Lorsque les documents sont remis au chef d'escorte, ils doivent impérativement être placés sous pli scellé.

### **III-2.1.4 - Archivage**

Après la sortie de la personne détenue, les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives publiques hospitalières et selon les modalités définies en annexe des protocoles (art. R. 1112-7 du CSP).

Il en va de même en ce qui concerne les dossiers constitués, avant 2001, alors que des sociétés privées étaient en charge de la mission de soins aux personnes détenues, sauf si la société a demandé à les conserver, sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins qu'elle a désigné à cet effet. Cette conservation doit alors être assurée conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières. Ces dossiers sont transmis, par le médecin responsable de leur conservation, à l'établissement de santé lorsque celui-ci les demande afin d'assurer ses missions de soins. Ils sont communiqués par le médecin responsable, aux personnes intéressées qui en font la demande dans les conditions prévues à l'article R. 1112-1 du CSP.

Les dossiers qui doivent rester accessibles à l'équipe médicale, après la sortie de la personne détenue, sont conservés dans des locaux affectés à l'UCSA ou au SMPR.

### **III-2.1.5 - Traitement des informations médicales**

Les départements d'informations médicales (DIM) hospitaliers doivent prendre en compte l'activité des UCSA et des équipes de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

### **III-2.2 - La prescription, la dispensation et l'administration des médicaments**

#### **III-2.2.1 - La prescription des médicaments**

La prescription des médicaments, y compris de leurs modalités d'administration, relève de la seule responsabilité des intervenants médicaux (médecins généralistes, spécialistes, psychiatres, médecins intervenant en urgence) et des chirurgiens-dentistes.

Conformément à l'article 8 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. En ce sens, il tient compte du contexte carcéral et des risques encourus par le patient ou son entourage en cas de mauvaise utilisation ou d'utilisation détournée des médicaments. Les responsables pénitentiaires tiennent informé le médecin des éléments qui font suspecter l'existence de risques particuliers concernant telle ou telle personne détenue.

S'il apparaît que des précautions particulières doivent être prises, le médecin peut demander qu'un médicament soit absorbé devant le personnel infirmier qui le distribue alors à chaque prise.

Le médecin remet à la personne détenue un double de sa prescription, indiquant la nature du traitement, sa posologie, sa durée et ses modalités d'administration.

Par ailleurs, indépendamment de la mise en place d'un dispositif de réponse à l'urgence médicale dans chaque établissement pénitentiaire, il peut s'avérer utile de mettre à disposition du gradé de nuit un antalgique mineur, ne figurant pas sur l'une des listes de substances vénéneuses. Cette mesure relève de la décision du médecin responsable de l'UCSA, prise en accord avec le chef d'établissement pénitentiaire. A chaque utilisation, le nom de la personne détenue, le motif de la remise du médicament et sa posologie sont obligatoirement notés sur un registre, visé par le médecin responsable de l'UCSA.

S'agissant des produits pour lesquels une prescription médicale est nécessaire, mais qui ne sont pas agréés aux collectivités, il appartient à la pharmacie de l'établissement de santé de se les procurer.

#### **III-2.2.2 - la dispensation et l'administration des médicaments**

La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée (pluri-quotidienne, quotidienne, pluri-hebdomadaire, hebdomadaire, pluri-mensuelle, mensuelle), en fonction de la situation de chaque patient et de l'évaluation de son autonomie par le médecin. Elle est effectuée par le personnel habilité des structures médicales intervenant en milieu pénitentiaire.

Selon le type d'établissement et son organisation, les médicaments sont distribués, soit à l'UCSA, soit en détention, y compris dans les quartiers disciplinaires et d'isolement. Lorsque la distribution des médicaments s'effectue en détention, le personnel infirmier est accompagné d'un surveillant.

Au sein de l'unité d'hospitalisation du SMPR, l'administration des médicaments relève du personnel infirmier de cette structure. Celui-ci peut, sur la base d'accords locaux, collaborer avec les

équipes des UCSA pour l'administration des médicaments à l'ensemble des personnes détenues.

### **III-2.2.3 - La détention des médicaments en cellule**

Dans un souci de responsabilisation des personnes détenues au regard des soins et des traitements qui leur sont dispensés, l'article D. 273, 3ème alinéa du CPP prévoit qu'une personne détenue peut garder à sa disposition en cellule des médicaments, des matériels et des appareillages médicaux, selon les modalités prescrites par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

Si, pour des raisons d'ordre et de sécurité, le chef d'établissement pénitentiaire s'oppose à ce qu'une personne détenue détienne des médicaments en cellule, il doit prendre une décision individuelle motivée et en informer immédiatement le médecin responsable de l'UCSA.

Quand la personne détenue est autorisée à conserver des médicaments dans sa cellule, ceux-ci lui sont remis dans un sachet ou dans un pilulier à son nom, mentionnant la date de la prescription, la posologie et la durée du traitement prescrit.

A l'occasion d'une fouille, le surveillant qui constate une anomalie au regard du stockage des médicaments (quantité très importante, médicaments en vrac ou dissimulés, sachet ou pilulier portant le nom d'une autre personne...) en informe aussitôt l'UCSA et en rend compte au chef d'établissement. Par contre, il convient de rappeler que la surveillance de l'observance des prescriptions médicales ne relève ni de la compétence, ni de la responsabilité du personnel pénitentiaire. Tout médicament retiré au cours d'une fouille doit être impérativement remis dans les plus brefs délais à la structure médicale.

Une concertation régulière entre le médecin responsable de l'UCSA et le chef de l'établissement pénitentiaire doit s'instaurer pour régler les problèmes soulevés par l'application de ces mesures (cf. §1.4 du présent chapitre). Il leur revient d'apprécier les risques encourus, pour le médecin au niveau médical (personnalité et pathologie du patient, nature du médicament à prescrire), pour le chef de l'établissement pénitentiaire en matière d'ordre et de sécurité (profil de la personne détenue, des personnes co-détenues, conditions de détention).

### **III-2.3 - La continuité des soins et des traitements**

La continuité des soins et des traitements doit être assurée en toutes circonstances : à l'entrée en détention, à l'occasion d'un transfèrement et en vue de la libération.

L'UCSA est informée par le greffe dans les conditions définies au § 1.4.1 du présent chapitre, dès qu'il en a l'information, du transfert ou de la libération de toute personne détenue, afin qu'elle puisse organiser la continuité des soins pour celles qui justifient d'un suivi médical. Toutefois, en aucun cas la personne détenue ne doit être en mesure de déterminer la date ou l'heure de son transfèrement.

#### **III-2.3.1 - A l'entrée en détention**

Lorsque à l'entrée en établissement pénitentiaire, une personne détenue déclare suivre un traitement ne pouvant être interrompu ou si elle est porteuse de médicaments, l'équipe médicale concernée (UCSA, SMPR ou dispositif de permanence des soins) doit en être immédiatement avisée, afin de décider s'il y a lieu de dispenser un traitement ou de décider de l'usage qui doit être fait des médicaments en

possession de la personne détenue (art. D. 335 du CPP). Les médicaments trouvés sur l'intéressé sont remis par le personnel pénitentiaire à l'équipe de l'UCSA dans les meilleurs délais. Les mêmes dispositions s'appliquent aux personnes détenues à leur retour de permission de sortir, aux personnes bénéficiant d'un placement extérieur, d'une semi-liberté, ou d'un placement sous surveillance électronique lors de leur réintégration, notamment en cas de révocation de la mesure.

En tout état de cause, lors de l'examen médical systématique d'entrée, l'équipe de l'UCSA (et du SMPR) met en œuvre toutes les mesures nécessaires pour assurer la continuité des soins en se rapprochant, le cas échéant, du médecin traitant de la personne détenue.

### **III-2.3.2 - Lors des transferts**

A l'occasion du transfert d'une personne détenue, le médecin veille à ce que la continuité des soins soit assurée dans le nouvel établissement (art. D. 381 du CPP), en transmettant sans délai au médecin destinataire toutes les informations nécessaires à sa prise en charge. Le cas échéant, il peut attirer l'attention du chef d'escorte sur la nécessité de transmettre en priorité au médecin destinataire le dossier d'une personne détenue justifiant une prise en charge médicale particulière et immédiate.

### **III-2.3.3 - L'organisation du suivi médical après la libération**

La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans la durée, c'est à dire au-delà du séjour en prison.

La personne détenue reçoit, tout au long de son incarcération, les informations concernant son état de santé et les soins qui lui sont prodigués. L'équipe soignante, dans une démarche permanente d'éducation à la santé, a pour mission de la responsabiliser sur les soins qui lui sont nécessaires.

Avant sa libération, la personne détenue qui fait l'objet d'un suivi, est reçue par un médecin de l'UCSA. Celui-ci rédige une lettre pour le médecin de son choix (hospitalier ou libéral), comportant le nom et les coordonnées du médecin traitant en milieu pénitentiaire. Les éléments du dossier médical nécessaires au suivi du patient sont transmis à ce médecin, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-6 du CSP. Le cas échéant, une ordonnance ainsi que des médicaments sont délivrés au patient, afin d'assurer la continuité des soins et des traitements. L'ensemble de ces éléments est placé sous pli confidentiel dans une enveloppe cachetée déposée par l'UCSA au greffe de l'établissement. Les agents du greffe sont chargés de la remettre à la personne détenue au moment de sa levée d'écrou.

Les mêmes dispositions s'appliquent lorsqu'un suivi psychiatrique a été entrepris et qu'il s'avère nécessaire de le poursuivre

Les documents qui lui sont remis par le médecin, y compris les résultats d'examens complémentaires, ne font apparaître que le rattachement hospitalier, à l'exclusion de toute mention relative à l'UCSA et à l'établissement pénitentiaire.

La préparation à la sortie des personnes détenues nécessite une étroite coopération avec les personnels pénitentiaires pour éviter que le caractère inopiné d'une libération empêche la remise des documents précités. Lorsque la levée du mandat de dépôt intervient pendant les heures d'ouverture de l'UCSA, la procédure doit permettre au futur libéré de rencontrer avant sa sortie, si nécessaire, un membre de l'équipe médicale. Dans les autres cas, le greffe doit disposer d'un document établi par l'UCSA, à

remettre à la personne libérée lui indiquant la démarche à suivre pour joindre le service médical.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation et le greffe de l'établissement pénitentiaire contribuent avec les services de la CPAM à établir ou à rassembler l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la personne détenue pour bénéficier, après sa sortie, d'un suivi médical et social (carte d'identité, carte vitale et attestation papier ...). Les démarches réalisées pendant l'incarcération doivent tendre à une prise en charge sanitaire dans le dispositif de droit commun. Par ailleurs, le greffe de l'établissement pénitentiaire remet à chaque personne détenue libérée un document rédigé par le service hospitalier, lui permettant de connaître ses droits en matière d'accès aux soins. Ce document doit également indiquer les adresses :

- des lieux de soins hospitaliers ;
- des centres médico-psychologiques ;
- du dispositif spécialisé en matière de lutte contre l'infection par le VIH (CDAG - CISIH) ;
- des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- du centre de lutte contre l'alcoolisme ;
- du centre de lutte contre la toxicomanie ;
- des consultations médicales gratuites mises en place par les organisations humanitaires (cf. chapitre IV § 1.2.3.2)

### **III-2.4 - Le rapport annuel d'activité**

L'établissement de santé signataire du protocole met en œuvre le système d'information permettant l'analyse de l'activité, en application des dispositions de l'article R. 711-16, 8° du CSP (art. 12 du modèle de protocole figurant en annexe A du guide méthodologique, article 8 en annexes B et C). A ce titre, il établit un rapport annuel d'activité incluant la présentation des actions de prévention.

Ce rapport est transmis aux signataires du protocole et présenté devant l'instance de concertation constituée localement entre les autorités sanitaires et pénitentiaires (cf. § 1.4.2 du présent chapitre), en application de l'article R. 711-16, 10° du CSP ainsi qu'à la commission de surveillance de l'établissement pénitentiaire (cf. § 1.4.4 du présent chapitre et art. D.180 et suivants du CPP) .

Le directeur régional des services pénitentiaires en adresse une copie au directeur de l'administration pénitentiaire.

Les prestations délivrées par l'équipe psychiatrique font l'objet d'un rapport annuel, qui est intégré au rapport annuel d'activité établi par l'établissement de santé assurant les soins somatiques.

### **III-2.5 - Une réflexion régionale**

Compte tenu des caractéristiques de l'exercice médical en milieu pénitentiaire, une réflexion régionale devra être menée par les professionnels de santé concernés notamment sur :

- les aspects éthiques ;
- les pratiques professionnelles ;
- le développement de la recherche clinique.

Il appartient aux agences régionales de l'hospitalisation d'impulser cette démarche qui peut prendre la forme de journées régionales ou se concrétiser par la création d'un groupe de réflexion formalisé.

### **III-3 - Formation des personnels**

La réforme de la prise en charge sanitaire des personnes détenues mise en œuvre par la loi du 18 janvier 1994 a introduit les acteurs hospitaliers au sein des établissements pénitentiaires ce qui induit la prise en compte du fonctionnement pénitentiaire par les personnels sanitaires et le repositionnement des personnels pénitentiaires par rapport à la « fonction santé ».

L'amélioration du dispositif implique non seulement l'intégration de modules spécifiques sur les soins en milieu carcéral dans les formations initiales de tous les personnels, mais aussi la mise en place sur le terrain de formations spécifiques.

#### **III-3.1 - Personnels sanitaires**

##### **III-3.1.1 - Formation initiale**

Il serait souhaitable que les programmes de formations des infirmiers dans les IFSI comportent un module optionnel d'organisation des soins en milieu pénitentiaire. Le contenu de ce module doit aborder les aspects tant sanitaires que pénitentiaires qui seront traités par les responsables médicaux et pénitentiaires de l'établissement de proximité.

##### **III-3.1.2 - Adaptation à l'emploi**

A l'occasion de leur prise de fonction, tous les personnels, y compris les travailleurs sociaux et les personnels administratifs, sont accueillis par le responsable de l'établissement pénitentiaire et sont informés des conditions d'exercice en milieu pénitentiaire. Un exemplaire du règlement intérieur (RI) et les dispositions du CPP ayant trait aux conditions d'exercice en milieu pénitentiaire leur sont remis (cf. chapitre III, § 1.1.1.1).

Par ailleurs, les responsables médicaux (UCSA, SMPR ou psychiatre de secteur) organisent à l'intention de ces nouveaux personnels des modules d'information sur les pathologies prévalentes en milieu pénitentiaire.

#### **III-3.2 - Personnels pénitentiaires**

##### **III-3.2.1 - Formation initiale**

Au cours de leur formation initiale à l'école nationale d'administration pénitentiaire (ENAP), les personnels pénitentiaires reçoivent un enseignement relatif à l'organisation des soins en milieu carcéral. Il doit leur permettre de connaître les missions du service public hospitalier, de repérer les rôles respectifs des personnels sanitaires et pénitentiaires ainsi que les coordinations à mettre en œuvre pour garantir l'accès aux soins des personnes détenues.

Les personnels pénitentiaires sont également sensibilisés à certaines thématiques de santé comme la prévention des suicides, la prise en charge des délinquants sexuels et la lutte contre les toxicomanies. Il serait souhaitable qu'ils puissent bénéficier à minima, dès la formation initiale d'informations précises sur les pathologies infectieuses et sur les comportements adaptés à leurs missions en matière de réduction des risques.

Depuis 1995, plusieurs écoles de service public ont constitué un réseau dont l'ENAP et l'école nationale de santé publique (ENSP) font partie, afin d'étendre leur coopération dans différents domaines. Les personnels d'encadrement de ces deux écoles peuvent participer au cours de leur formation initiale à des sessions communes propices à l'échange des expériences.

### **III-3.2.2 - Formation continue et adaptation à l'emploi**

L'ENAP et les unités régionales "formation et qualification" organisent des modules de formation continue qui prennent en compte de manière complémentaire les orientations nationales ainsi que les besoins exprimés localement.

Dans chaque établissement pénitentiaire, il est organisé des modules de formation permettant de préparer les personnels de surveillance à leurs nouvelles fonctions lorsque ceux-ci sont affectés à l'UCSA ou au transport des personnes détenues en milieu hospitalier. Il importe qu'ils aient une bonne connaissance de leur rôle au sein d'une unité hospitalière.

Tous les personnels de surveillance doivent pouvoir bénéficier, en liaison avec l'établissement de santé d'une formation aux gestes de premiers secours et d'une actualisation de leurs connaissances dans le domaine des pathologies infectieuses.

### **III-3.3 - Formations continues pluri-professionnelles**

Dans chaque établissement pénitentiaire, le formateur des personnels pénitentiaires est en étroite relation avec les responsables sanitaires. Ils évaluent conjointement les besoins en matière de formation de l'ensemble des personnels et mettent en place les formations correspondant à ces besoins. Celles-ci s'adressent à tous les personnels concernés par les thèmes abordés (agresseurs sexuels, violence, suicide, éthique...) et sont animées par des intervenants des deux administrations.

Au niveau régional, des formations pluri-professionnelles permettent de former progressivement depuis 2002 des personnels pénitentiaires et des professionnels de santé intervenant en milieu carcéral en matière de prévention du suicide. Ces formations de personnes ressources sont organisées par les DRASS en lien avec les DRSP. Ces personnes ressources sont chargées de relayer la formation dans leur champ d'intervention

Ces formations entrent dans le cadre de protocoles de formation des personnels pénitentiaires. La majorité des établissements ont désigné des référents pénitentiaires qui, une fois formés, constitueront des personnes ressources.

Plusieurs universités proposent des diplômes universitaires ayant trait à la pratique médicale en milieu pénitentiaire. Les personnels soignants et pénitentiaires concernés doivent être informés de leur existence et pouvoir s'y inscrire par le biais de la formation continue de l'établissement de rattachement.

Les associations regroupant les professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire organisent des congrès et des colloques afin d'échanger sur leurs pratiques professionnelles. Les responsables des services sanitaires doivent favoriser la participation des personnels à ces rencontres.

L'ENAP et l'ENSP organisent des colloques sur des thèmes ayant trait aux soins en milieu pénitentiaire. Il est souhaitable que l'information relative à ces colloques soit diffusée aux services concernés et qu'ils puissent y participer par le biais du service de formation continue.

Par ailleurs, l'ENSP organise des formations sur le service public hospitalier au sein du service public pénitentiaire.



## **Chapitre IV**

### **La protection sociale et les modalités financières de prise en charge des personnes détenues**

#### **IV-1 – La protection sociale des personnes détenues**

Cette partie définit le champ d'application de ce régime de sécurité sociale, les conditions d'ouverture des droits aux prestations, les règles relatives aux modalités d'immatriculation et d'affiliation ainsi que celles relatives aux cotisations, à l'exclusion :

- des prestations en espèces (maladie, maternité, invalidité, décès) ;
- des questions relatives aux accidents du travail, aux maladies professionnelles ;
- des questions relatives à l'assurance vieillesse ;
- de la situation des personnes placées sous surveillance électronique.

Les articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale (CSS) et l'article D. 366 du code de procédure pénale (CPP) organisent l'affiliation des personnes détenues aux assurances maladie et maternité du régime général.

#### **IV-1.1- Le champ d'application**

L'article L. 381-30 du CSS prévoit l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général.

Sont donc affiliées au régime général toutes les personnes détenues :

- 1° - quelle que soit leur situation au regard des prestations en nature maladie et maternité du régime d'assurance maladie dont elles relevaient à titre personnel ou en qualité d'ayant droit avant leur incarcération ;
- 2° - quel que soit leur âge ;
- 3° - quelle que soit leur situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France ;
- 4° - quelle que soit leur situation pénale et administrative en détention : prévenus ou condamnés, sans activité ou effectuant un travail pénitentiaire ou un stage de formation professionnelle ou condamnés bénéficiant d'une permission de sortir.

Sont également affiliés au régime général dans les mêmes conditions, les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du CPP dès lors qu'ils n'exercent pas une activité professionnelle.

En revanche, lorsque ces personnes exercent une activité professionnelle ou suivent une formation professionnelle, elles sont affiliées au régime de sécurité sociale dont elles relèvent au titre de cette activité, dès lors que la durée de celle-ci permet l'ouverture des droits. Dans le cas où la condition d'ouverture de droits aux prestations en nature n'est pas remplie, elles restent affiliées au régime général du fait de leur détention.

## **IV-1.2 - L'affiliation-immatriculation des personnes détenues au régime général**

### **IV-1.2.1 - La date d'effet de l'affiliation**

L'affiliation au régime général, conformément aux termes de l'article L. 381-30 du CSS prend effet à compter de la date de l'incarcération. La caisse d'assurance maladie compétente est celle dont relève l'établissement pénitentiaire dans lequel est écrouée la personne détenue.

### **IV-1.2.2 - Les modalités d'affiliation**

Les opérations relatives à l'affiliation sont établies par la caisse, suite à une première instruction du dossier menée par l'établissement pénitentiaire. Les missions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie en métropole sont assurées dans les départements d'outre-mer par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS).

#### **IV-1.2.2.1 - L'instruction du dossier par l'établissement pénitentiaire**

Pour l'ensemble des personnes détenues, en application de l'article R. 381-97 du CSS, le chef d'établissement pénitentiaire fournit à la caisse une fiche de renseignements (cf. annexe J) établie à partir des éléments d'état civil de la fiche pénale, accompagnée d'une fiche annexe (cf. annexes K et K1) permettant de déterminer la situation administrative de la personne détenue ainsi que ses éventuels ayants droit. Cette fiche indique si avant son incarcération la personne détenue était ou non bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU).

De plus, s'agissant des personnes détenues de nationalité étrangère, pour l'ouverture des droits aux prestations maladie et maternité pour elles-mêmes et leurs ayants droit, elles seront invitées, lors de leur incarcération, à justifier de la régularité de leur séjour. Si besoin, elles s'adresseront au service des étrangers de la préfecture du lieu de détention pour se faire délivrer un document ou un titre attestant cette régularité et elles le feront parvenir à la caisse dans les meilleurs délais.

Il appartient aux établissements pénitentiaires de faciliter les démarches des personnes détenues étrangères, en se rapprochant, le cas échéant, du service des étrangers de la préfecture du lieu de détention, pour obtenir la délivrance rapide d'une attestation de séjour régulier. Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) assurent l'assistance nécessaire aux personnes concernées.

L'attention des chefs d'établissements pénitentiaires est appelée sur l'importance de ce traitement initial, à mettre en œuvre dans les meilleurs délais à compter de l'incarcération. Il s'agit d'éviter tout retard dans l'ouverture des droits aux assurances maladie et maternité pour les éventuels ayants droit des

personnes détenues. Ce traitement doit être réalisé par le chef d'établissement pénitentiaire, en liaison avec le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation et les services de la caisse.

#### **IV-1.2.2.2 - La procédure d'affiliation des personnes détenues au régime général par la caisse**

La caisse dans le ressort de laquelle l'établissement pénitentiaire est implanté procède, sur la base des éléments transmis, à l'affiliation de la personne détenue au régime général. Elle informe le directeur de l'établissement pénitentiaire de cette opération, matérialisée par un document adressé à la personne détenue (carte vitale ou attestation papier) permettant d'établir ses droits aux assurances maladie et maternité.

Cette carte ou cette attestation papier facilitera la prise en charge, dans les conditions de droit commun de la réglementation de l'assurance maladie, des soins éventuels donnés soit en cours de permission de sortir, soit lors d'un placement à l'extérieur ou d'une mesure de semi-liberté.

Lorsque la personne détenue étrangère est en situation irrégulière, une attestation papier spécifique est remise à l'établissement pénitentiaire. Au moment de la libération et si l'intéressée est toujours en situation irrégulière, l'établissement pénitentiaire en avise la caisse avant de procéder à la destruction de cette attestation.

Par ailleurs, il est procédé à un échange d'informations tous les deux mois, ou plus fréquemment si l'importance des mouvements des personnes détenues le justifie, entre la caisse et l'établissement pénitentiaire, au moyen d'une liste nominative. Sur cette liste figure l'ensemble des personnes détenues identifiées. Elle est établie par la caisse à partir des éléments transmis par l'établissement pénitentiaire pour l'affiliation. Ce document "navette" est complété par l'établissement pénitentiaire et actualisé :

- pour les personnes détenues transférées, avec l'indication du lieu de destination du transfert ;
- pour les personnes détenues libérées avec indication du lieu de résidence tel que déclaré par l'intéressé ;
- pour les personnes détenues admises au bénéfice du régime du placement à l'extérieur ou de la semi-liberté avec indication du fait que ces personnes ont une activité professionnelle ou suivent une formation professionnelle au titre de laquelle elles sont affiliés au régime de sécurité sociale.

#### **IV-1.2.2.3 - Le transfert des personnes détenues**

Le transfert d'une personne détenue vers un autre établissement pénitentiaire entraîne un changement de caisse d'affiliation si le nouvel établissement est situé dans une circonscription de caisse différente. Dans ce cas, le chef du nouvel établissement pénitentiaire transmet une fiche signalétique relative à la situation de la personne détenue (annexes J, K et K1), accompagnée de la copie de l'attestation papier, à la nouvelle caisse d'affiliation en signalant à cette dernière qu'il s'agit d'un transfert d'établissement. Toutefois, si la personne détenue n'avait pas encore été immatriculée, il met en œuvre l'ensemble de la procédure d'immatriculation-affiliation (cf. § 1.2.2.1 et 1.2.2.2 du présent chapitre).

Le transfert temporaire d'une personne détenue vers un nouvel établissement pénitentiaire, dans le cadre de la procédure de levée d'écrou temporaire sous une forme simplifiée, ne donne pas lieu à changement de caisse d'affiliation, la personne détenue demeurant rattachée à son établissement d'origine

#### **IV-1.2.2.4 - Elaboration de l'information destinée aux personnes détenues**

Le SPIP informe chaque personne détenue de l'ensemble des procédures d'affiliation, des conditions du maintien de droit pendant la période consécutive à la détention et notamment des modalités pratiques de délivrance de la nouvelle carte vitale mentionnée ci-dessus. Le SPIP et la caisse auront avantage à se rapprocher pour définir le contenu de cette information.

### **IV-1.2.3 - La fin de l'affiliation**

#### **IV-1.2.3.1 - Cas général**

La personne détenue relève du régime général jusqu'au terme de sa détention.

A compter de la date de libération, la personne détenue qui ne relève pas à cette date d'un régime d'assurance maladie à un autre titre (à titre personnel ou en qualité d'ayant droit d'un assuré) bénéficie d'un maintien de droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire dont elle relevait avant sa détention. Par exemple le mineur âgé de moins de seize ans qui était ayant droit dans le régime de ses parents avant son incarcération, peut retrouver le cas échéant cette qualité à sa libération.

En l'absence d'une affiliation à un régime obligatoire antérieur à la détention, les droits sont maintenus dans le régime général pour une durée de quatre ans à compter de la date de la libération (art. R. 161-4 du CSS).

Il peut arriver que des personnes détenues ne communiquent pas leur véritable identité aux autorités judiciaires ni aux services pénitentiaires. Dans ce cas, elles sont écrouées selon la même identification que celle retenue dans le cadre de la procédure judiciaire ; celle-ci est utilisée pour leur affiliation au régime général. Ces personnes détenues sont immatriculées lors de leur incarcération de manière provisoire par la caisse du lieu d'implantation de l'établissement pénitentiaire sous cette identification

S'agissant des personnes détenues de nationalité étrangère, seules les personnes détenues en situation régulière bénéficient de ce maintien de droit. Celles qui sont en situation irrégulière ne sont pas concernées par ce dispositif (art. L. 381-30-1 du CSS).

Au titre du maintien de droit, la caisse du lieu de résidence délivre à la personne détenue libérée, et à sa demande, une nouvelle carte vitale (cf. § 1.2 du présent chapitre).

#### **IV-1.2.3.2 - Libération des personnes détenues en situation irrégulière**

La personne détenue de nationalité étrangère en situation irrégulière, qui a bénéficié durant sa détention de l'affiliation au régime général au titre de l'article L. 381-30 du CSS, peut relever à sa sortie, le cas échéant, de l'aide médicale d'Etat (AME) ainsi que ses éventuels ayants droit. Elle en demande alors le bénéfice auprès de sa caisse de résidence selon les modalités définies par la circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM/2000/14 du 10 janvier 2000.

Dans ce cas, les SPIP doivent, avant la date de sortie de la personne détenue, mettre à sa disposition, le formulaire de demande d'AME qu'ils auront obtenus auprès de la caisse. Cette demande est à déposer, pour éviter une rupture de l'accès aux soins, auprès de la caisse du lieu de résidence dans un délai maximal de deux mois avant la sortie.

Le SPIP informe la personne intéressée des conditions d'attribution de l'AME et des prestations prises en charge à ce titre. Au besoin, l'administration pénitentiaire lui communique une liste d'associations susceptibles de l'assister dans ses démarches, notamment en cas de problèmes linguistiques.

### **IV-1.3 - L'ouverture du droit aux prestations du régime général et les modalités d'accès aux soins des personnes détenues**

#### **IV-1.3.1 - Généralités**

L'affiliation des personnes détenues au régime général, ouvre droit, pendant toute sa durée, pour les intéressées, et le cas échéant leurs ayants droit au sens des articles L. 313-3 et L. 161-14 du CSS, au remboursement des soins (consultations, médicaments, examens de laboratoire ...) par les assurances maladie et maternité servies par le régime général. Les personnes détenues assurant un travail pénitentiaire ne peuvent prétendre au bénéfice des prestations en espèces.

S'agissant des membres de la famille de la personne détenue (enfants et conjoint), plusieurs hypothèses doivent être envisagées.

Lorsque le conjoint, le concubin, ou le partenaire dans le cadre d'un pacte civil de solidarité (PACS) n'est pas lui-même assuré, il dispose de la qualité d'ayant droit autonome de la personne détenue, en application des dispositions de l'article L. 161-14-1 du CSS et perçoit, à titre personnel, les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Dans le cas où l'ayant droit de la personne détenue assume la charge des enfants (conjoint(e) généralement), elle acquiert la qualité d'assurée au titre du régime général sur critère de résidence (CMU de base). Ses enfants sont alors inscrits en qualité d'ayants droit sur sa carte vitale.

Lorsque la personne assumant la charge des enfants (conjoint(e) généralement) est elle-même assurée, les enfants sont inscrits sur la carte vitale de l'assurée.

Les personnes détenues sont prises en charge pour les soins dispensés dans le cadre d'une permission de sortir ou d'une autorisation de sortie sous escorte ou de l'autorisation donnée à une personne détenue, par le directeur régional des services pénitentiaires, d'être examinée ou soignée par un médecin de son choix (art. D. 365 du CPP) ou dans un établissement privé (art. D. 391 dernier alinéa du CPP).

Les personnes détenues qui doivent faire l'avance des frais médicaux engagés, notamment en permission de sortir ou en cas de semi-liberté ou de placement à l'extérieur, lorsqu'elles n'ont pas de droits ouverts au titre de leur activité professionnelle, sont remboursées dans les conditions suivantes prévues au § 4-1 de la circulaire DAP n° 6318 du 28 mai 1996 sous réserve des dispositions relatives à la CMUC (cf. § 1.5 du présent chapitre).

- pour la prise en charge par la sécurité sociale, les personnes détenues ont la faculté d'adresser directement l'ensemble des documents (feuille de soins, prescriptions complétées par les vignettes, facture du fournisseur le cas échéant) au chef d'établissement pénitentiaire qui les transmettra à la caisse ; ces documents doivent être signés et datés par les intéressées qui peuvent les adresser directement à la caisse. Dans les deux cas, elles doivent compléter la partie concernant leur identification en tant qu'assurés. Dans le cas d'un placement à l'extérieur ou d'une semi-liberté, elles doivent indiquer leur adresse et les modalités de remboursement choisies. Ensuite, sur présentation du décompte original de remboursement de la caisse adressé à la personne détenue, l'établissement pénitentiaire créditera leur compte nominatif.

- pour être remboursée du ticket modérateur par l'administration pénitentiaire, hors les dépassements d'honoraire, les intéressées doivent transmettre l'original du décompte de remboursement de la caisse au chef d'établissement pénitentiaire, après en avoir conservé copie. Celui ci procédera au versement de la somme au compte nominatif des intéressées.

- en cas de dépassements d'honoraires, ceux-ci restent à la charge des personnes détenues, sous réserve de la mise en œuvre des dispositions de la CMUC à leur profit (cf. § 1.5 du présent chapitre) et sauf décision au cas par cas de prise en charge du solde restant dû par l'administration pénitentiaire.

Les personnes détenues étrangères en situation irrégulière bénéficient pour elles-mêmes des prestations en nature du régime général applicable aux personnes détenues. Leurs ayants droit peuvent bénéficier du remboursement de leurs soins à un autre titre (AME ou assurances maladie et maternité).

#### **IV-1.3.2 - Modalités d'accès aux soins en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier**

Les soins dispensés dans un établissement pénitentiaire en application d'un protocole conclu avec un établissement de santé, conformément aux dispositions de l'article R. 711-10 du CSP, sont pris en charge par l'assurance maladie pour la part qui la concerne. La part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie (ticket modérateur) est prise en charge par l'administration pénitentiaire, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

Il en est de même pour les soins dispensés en milieu hospitalier.

En outre, en milieu pénitentiaire, une circulaire du ministère de la justice du 28 mai 1996, prévoit la prise en charge, au cas par cas, par l'administration pénitentiaire de certains dépassements. Cette circulaire antérieure à la loi relative à la CMU est toujours applicable dans la mesure où ces dispositions sont compatibles avec celles de la loi, notamment pour les personnes non éligibles à la CMUC.

#### **IV-1.3.3 - Modalités d'accès aux soins des personnes détenues en permission de sortir, en placement extérieur ou en semi-liberté**

Il est rappelé que les personnes détenues sont rattachées au régime général en vertu de l'article L. 381-30 du CSS et bénéficient à ce titre de la couverture maladie de base. Par ailleurs, et aux termes de l'article L. 381-30-5 du même code, le ticket modérateur prévu par ce code est pris en charge par l'administration pénitentiaire lorsque les soins sont dispensés en milieu hospitalier ou en milieu pénitentiaire par un établissement de santé. De même le forfait hospitalier est pris en charge par l'administration pénitentiaire pour les soins dispensés lors d'une hospitalisation en milieu hospitalier.

La personne détenue doit disposer de sa carte vitale ou de l'attestation papier établie par la caisse, à l'occasion de son incarcération, pendant la période de permission de sortir, de placement extérieur ou de semi-liberté. Elle bénéficie de la dispense d'avance des frais sur la part obligatoire et, si elle est hospitalisée, sur l'ensemble du tarif de responsabilité. Si les soins sont dispensés hors UCSA, en ville, en hospitalisation ou en consultation externe hospitalière, l'intéressée doit acquitter en général le ticket modérateur, mais sera remboursée par l'établissement pénitentiaire, sur la base des feuilles de soins dont elle sera détentrice.

Il est important que la personne détenue, à son arrivée dans l'établissement pénitentiaire, soit informée de ses droits en matière d'assurance maladie et des formalités qu'elle doit accomplir si elle souhaite bénéficier de ces droits. Dans le cas où ces formalités ne sont pas accomplies, elle devra, lorsque des soins lui seront délivrés dans les situations susvisées, payer l'intégralité des soins et se faire rembourser ensuite par l'administration pénitentiaire à son retour dans l'établissement.

#### **IV-1.3.4 - Modalités d'accès aux soins des personnes détenues étrangères en situation irrégulière en permission de sortir, en placement extérieur ou en semi-liberté**

La personne détenue de nationalité étrangère en situation irrégulière bénéficie de la même couverture maladie que les autres personnes détenues.

En conséquence, les dispositions décrites au § 1.3.3 s'appliquent dans les mêmes conditions aux personnes détenues en situation irrégulière, à l'exclusion de celles relatives à la CMUC. En effet, étant donné que l'intéressée ne remplit pas la condition de régularité de la résidence mentionnée à l'article L. 380-3 du CSS, elle ne peut en aucun cas bénéficier de la CMUC et donc de la prise en charge des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires et d'optique (sauf cas visés par la circulaire DAP du 28 mai 1996).

#### **IV-1.3.5 - Modalités d'accès aux soins des personnes détenues évadées**

Conformément aux dispositions de la lettre ministérielle du 6 janvier 1997 relative à la protection sociale des personnes détenues évadées, ces personnes bénéficient d'un maintien de leurs droits aux prestations dans le régime immédiatement antérieur, c'est-à-dire le régime général en qualité de personne détenue, qui ne donne accès qu'aux prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Les personnes détenues étrangères en situation irrégulière ne sont pas visées par le dispositif du maintien des droits (cf . 1.2.3.1 du présent chapitre).

Il n'appartient pas à l'administration pénitentiaire de prendre en charge, au titre de la détention, le ticket modérateur et le forfait journalier des soins dispensés aux personnes détenues évadées, qui de ce fait ne sont plus sous écrou.

Toutefois, les éventuels droits à la CMUC ne sont pas suspendus.

#### **IV-1.4 - Le financement du dispositif**

Les articles L. 381-30-2 et L. 381-30-3 du CSS prévoient que l'Etat est redevable d'une cotisation et que l'ensemble de ces cotisations fait l'objet d'un versement globalisé à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

##### **IV-1.4.1 - Les modalités de calcul de la cotisation**

Dans le cadre des protocoles conclus en application de la loi du 18 janvier 1994, le montant de la cotisation due au titre des intéressés est calculé, quel que soit leur âge et leur niveau de revenus, sur une base forfaitaire fixée à 26,08 % du plafond de la sécurité sociale (arrêté du 21 décembre 1994) à laquelle est appliqué un taux de cotisation fixée à 14,6 % (art. D. 381-21 du CSS).

Conformément à l'article L. 380-30-2 précité, la cotisation individuelle calculée dans les conditions ci-dessus tient compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale afin que le coût du nouveau dispositif n'incombe pas à la seule assurance maladie.

##### **IV-1.4.2 - Les modalités de versement à l'ACOSS**

Les cotisations afférentes à l'affiliation des personnes détenues sont prises en charge de plein droit et en totalité par la direction de l'administration pénitentiaire et versées sous forme d'enveloppe globale à l'ACOSS.

L'article R. 381-100 du CSS prévoit que cette enveloppe globale pour un exercice donné (n) est déterminée en multipliant les paramètres suivants :

- le nombre moyen de personnes détenues incarcérées au premier jour du mois sur une période allant du 1er juillet du deuxième exercice précédant l'exercice considéré au 30 juin de l'exercice précédant l'exercice considéré ; ce stock moyen est donc apprécié sur une période de référence comprise entre le 1er juillet (n-2) et le 30 juin (n-1) ;
- le montant moyen de la cotisation établie au 1er juillet de l'année précédente.

Cette dotation est versée sous forme de versement mensuel à l'ACOSS, le 5 de chaque mois.

Il est à noter que s'agissant des revenus acquis à l'occasion du travail pénitentiaire, l'article L. 381-30-4 du CSS reprend le principe de l'assujettissement de l'employeur aux cotisations d'assurances maladie



et maternité. Les taux de cotisations sont fixés par l'article R. 381-99 du même code à 4,2 p. 100 (cotisation patronale). Ces cotisations sont exigibles le trimestre suivant et versées à l'URSSAF par l'administration pénitentiaire qui se fait ensuite rembourser le cas échéant par le concessionnaire ou la régie industrielle des établissements pénitentiaires (RIEP).

#### **IV-1.5 - La protection complémentaire en matière de santé (CMUC)**

Le dispositif de couverture maladie universelle constitue un axe majeur de la politique d'accès aux soins des pouvoirs publics. Les personnes détenues disposant de ressources modestes doivent pouvoir faire valoir leurs droits à la CMUC, comme le reste de la population, et accéder pleinement au système de santé dans les meilleures conditions pendant leur détention et après leur libération.

Les services pénitentiaires et les caisses doivent se rapprocher afin d'organiser au mieux la mise en œuvre des dispositions mentionnées ci-dessous.

##### **IV-1.5.1 - Généralités**

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a institué une protection complémentaire en matière de santé - CMUC - sous conditions de ressources sans contrepartie contributive pour les personnes résidant en France de façon stable et régulière au sens des articles R. 380-1 et R. 861-1 du CSS, (circulaire DSS/2A/99-701 du 17 décembre 1999 et circulaire DSS/2A/DAS/DPM/n° 2000-239 du 3 mai 2000).

A compter du 1er janvier 2003, le droit à la CMUC débute au premier jour du mois suivant la date de la décision d'attribution. Toutefois, lorsque la situation du demandeur l'exige et notamment lorsque la personne détenue a besoin de soins urgents, l'ouverture du droit se fait au premier jour du mois de la demande.

Le droit à la CMUC est accordé pour une période d'un an renouvelable.

##### **IV-1.5.2 - Contenu de la prise en charge**

Cette protection complémentaire prend en charge la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale (ticket modérateur), le forfait journalier hospitalier ainsi que les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, pour les prothèses auditives et pour les dispositifs médicaux à usage individuel dont l'optique dans des limites fixées par l'arrêté du 31 décembre 1999 modifié par les arrêtés du 10 avril et du 14 août 2002.

Ces dépenses sont prises en charge selon la procédure de dispense d'avance des frais pour permettre aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique.

Toutefois, cette prise en charge pour le ticket modérateur et le forfait journalier intervient de façon subsidiaire aux autres formes de prise en charge prévues par le code de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de son article L. 861-3. En conséquence, pour les personnes détenues, l'administration pénitentiaire prend en charge les dépenses visées au II de l'article L. 381-30-5 de ce code

(forfait journalier et part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie) dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations (ticket modérateur).

En pratique, la CMUC n'intervient que pour les dépassements et les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour l'optique, le dentaire et d'autres dispositifs médicaux à usage individuel.

Les médecins ne peuvent appliquer de dépassement de tarif aux bénéficiaires de la CMUC, sauf exigences particulières de leur part (DE). Ce dépassement reste alors à la charge des bénéficiaires.

Le circuit de prise en charge s'établit comme suit :

- si la personne détenue, bénéficie d'un soin au sein de l'UCSA de l'établissement pénitentiaire, (par exemple une prothèse dentaire), l'établissement pénitentiaire prend en charge le ticket modérateur. Les dépassements de tarifs autorisés dans les limites fixées par les arrêtés précités sont facturés par l'établissement hospitalier à la caisse d'affiliation de la personne détenue et pris en charge au titre de la CMUC. Aucune avance de frais ne peut être demandée à la personne détenue.
- si cet acte est réalisé lors d'une hospitalisation ou en consultation externe hospitalière, la personne détenue est prise en charge intégralement. Aucune avance de frais ne peut lui être demandée. L'établissement hospitalier est remboursé pour la part des dépenses relatives au ticket modérateur et au forfait journalier hospitalier par l'administration pénitentiaire.
- si l'acte est pratiqué en ville, c'est à dire hors UCSA, hors hospitalisation et hors consultation externe hospitalière, la prise en charge incombe pour la part obligatoire au régime d'affiliation de la personne détenue et pour la part complémentaire, à la CMUC. En cas de dépassements autorisés, la prise en charge intervient dans les limites fixées par les arrêtés précités. Aucune avance de frais ne peut être demandée à la personne détenue. Ce dernier cas ne concerne que des personnes détenues bénéficiant d'un aménagement de peine (permission de sortir, placement à l'extérieur, semi-liberté).

La caisse du lieu d'implantation de l'établissement pénitentiaire effectue directement le règlement auprès du professionnel de santé sans que l'établissement pénitentiaire n'ait à intervenir.

Ce dernier cas ne concerne que les personnes détenues bénéficiant d'un aménagement de peine (permission de sortir, placement extérieur, semi-liberté).

#### **IV-1.5.3 - Déclenchement de la demande**

Pour que les personnes détenues puissent exercer leur droit à la CMUC, les services pénitentiaires demandent à la personne détenue, dès son incarcération, si elle en est bénéficiaire.

Si la personne détenue est déjà bénéficiaire de la CMUC, cette information est communiquée à la caisse du lieu de détention, en précisant la caisse d'affiliation (si elle est différente de celle du lieu de détention), l'organisme gestionnaire, la période de validité du droit. Cette information intervient lors de la procédure d'immatriculation-affiliation, au moyen de la fiche signalétique relative à la situation de la personne détenue (cf. annexes K et K1).

Afin d'éviter une rupture dans le bénéfice de la CMUC qui est accordée pour un an, la personne détenue est informée par les services pénitentiaires qu'il lui appartient de renouveler sa demande 2 mois avant l'expiration de son droit.

Si la personne détenue n'est pas bénéficiaire de la CMUC, elle doit en faire la demande à partir du formulaire qui doit être disponible auprès de l'établissement pénitentiaire.

Afin d'être en mesure d'informer la personne détenue sur ses droits et sur les modalités de constitution du dossier de demande, les services pénitentiaires peuvent se rapprocher de la caisse pour définir le contenu de cette information et se procurer la liste des organismes de protection sociale complémentaire participant à la CMUC.

#### **IV-1.5.4 - Modalités de service de la prestation**

##### **IV-1.5.4.1 - Organisme servant la prestation**

La CMUC est attribuée pour une durée d'un an par la caisse d'affiliation du demandeur. Elle est gérée, au choix du demandeur (effectuée lors de la demande), soit par sa caisse, soit par un organisme de protection sociale complémentaire (mutuelle, entreprise d'assurances ou institution de prévoyance) participant au dispositif.

Si la personne détenue a choisi un organisme de protection sociale complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise d'assurance), il appartient à la caisse qui a pris la décision d'attribution de la CMUC d'en informer l'organisme complémentaire, conformément à l'article R. 861-17 du CSS.

##### **IV-1.5.4.2 - Documents nécessaires pour justifier du droit à la CMUC**

La caisse doit remettre une attestation de droit à toute personne détenue venant à bénéficier de la CMUC. Lorsque la personne détenue avait droit à la CMUC avant sa détention (cf : § 1.5.3 du présent chapitre), la caisse du lieu de détention doit établir une nouvelle attestation de droit. Lorsque le foyer CMUC est composé d'autres personnes que la seule personne détenue (conjoint, concubin, partenaire PACS, assuré ou ayant droit, enfant(s) à charge), une attestation doit également être remise aux membres du foyer CMUC afin qu'il soit en mesure de faire valoir leur droit à la CMUC auprès des professionnels de santé.

#### **IV-1.5.5 - Libération de la personne détenue**

Lorsqu'elle est libérée, la personne détenue continue à bénéficier de la CMUC pour le reliquat de la période annuelle de droit. L'attestation de CMUC lui est remise au moment de sa libération, afin qu'elle puisse la remettre à la caisse du lieu de sa future résidence.

## **IV-2 – Les modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes détenues**

La loi du 18 janvier 1994, outre qu'elle confie aux établissements de santé une mission de soins en milieu pénitentiaire, introduit dans le code de la sécurité sociale de nouvelles dispositions portant sur la prise en charge par l'assurance maladie des soins dispensés aux personnes détenues.

La partie 2 - 1 du présent chapitre explicite le cadre budgétaire et comptable hospitalier de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

La partie 2 - 2 traite des modalités de financement des soins aux personnes détenues.

### **IV-2 -1 Le cadre budgétaire et comptable hospitalier**

Les modalités d'intervention de l'établissement public de santé sont fixées par un protocole d'accord dont le modèle figure en annexe A.

Lorsque l'établissement de santé public signataire du protocole ne dispose pas d'un service psychiatrique, un établissement de santé public ou privé participant au service public est désigné pour dispenser les soins psychiatriques. Les modalités d'intervention et de coordination avec l'établissement signataire du protocole donnent lieu à l'élaboration d'un protocole complémentaire dont le modèle figure en annexe B pour les SMPR et en annexe C pour la sectorisation psychiatrique générale.

Les dépenses et les recettes afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier sont retracées dans chacun des groupes fonctionnels de dépenses et de recettes d'exploitation du budget général de l'établissement de santé.

Les réajustements éventuels d'allocation budgétaire relèvent des procédures budgétaires annuelles appliquées aux établissements de santé.

Il convient d'établir pour chaque personne détenue un titre de recettes relatif aux sommes dues par l'administration pénitentiaire pour chaque séjour hospitalier. Les prestations délivrées en consultations et en soins externes font l'objet d'une facturation globale. En milieu pénitentiaire, cette facturation est établie sur des états non nominatifs.

Ces recettes sont comptabilisées sur les comptes ouverts d'une part, au titre de l'hospitalisation complète en régime commun (comptes 70621 à 706232) et, d'autre part, au titre des consultations, des soins externes et des autres activités faisant l'objet d'une tarification spécifique (compte 706-5).

Afin de connaître les charges réelles supportées par les différents financeurs, il est établi, chaque année, à la clôture de l'exercice, un état définitif des dépenses et des recettes afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues, en application de l'article R. 711-20 du CSP. Cet état est décrit en annexe L.

A titre indicatif, cet état définitif des dépenses et des recettes devra comporter en additif une valorisation des dépenses d'hospitalisation et de consultation externe des personnes détenues régies par le protocole d'accord, que ces soins aient lieu dans l'établissement de santé partenaire ou dans d'autres

établissements. Cette valorisation est effectuée sur la base des tarifs d'hospitalisation des établissements concernés et des actes inscrits à la nomenclature des actes professionnels ou de biologie médicale.

L'état définitif doit être transmis par l'établissement de santé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, respectivement au moment de l'élaboration du budget primitif de l'établissement et de l'approbation du compte administratif.

Les modalités des échanges d'informations entre l'établissement de santé et la caisse pivot, concernant les consultations et les soins externes, sont les suivantes :

- lorsque les consultations et les soins externes sont réalisés en milieu hospitalier, l'établissement de santé adresse à la caisse pivot, dans la première quinzaine du mois suivant la date des soins, un état spécifique répertoriant le numéro d'immatriculation du patient à la sécurité sociale, et la cotation des actes suivant la nomenclature générale des actes professionnels ;
- lorsqu'ils sont réalisés en milieu pénitentiaire, l'établissement adresse trimestriellement, à la caisse pivot et aux établissements pénitentiaires, l'état non nominatif mentionné à l'article 17 modifié du protocole de soins (cf. § 2.2.1 ci-après).

## **IV-2.2 - Les modalités de financement des soins aux personnes détenues par l'assurance maladie**

### **IV-2.2.1 - Les dépenses de soins somatiques et psychiatriques**

En application de l'article L. 381-30-5-I du CSS , les frais d'hospitalisation, ainsi que les frais de consultations et de soins externes dispensés aux personnes détenues, en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire, sont pris en charge par l'assurance maladie, dans le cadre de la dotation globale de financement de l'établissement qui a dispensé les soins.

Les conditions dans lesquelles les établissements publics de santé dispensent, au sein de l'établissement pénitentiaire, les soins aux personnes détenues dont l'état ne requiert ni hospitalisation, ni examen nécessitant un transfert en milieu hospitalier, sont fixées par le protocole signé entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire (annexe A ).

Les dépenses de soins en santé mentale assurées en milieu pénitentiaire par les secteurs de psychiatrie générale sont financées, dans les conditions de droit commun, par l'assurance maladie dans le cadre de la dotation globale des établissements de santé. Il en est de même pour les SMPR, à l'exception des dépenses énumérées à l'article 5 de l'arrêté du 14 décembre 1986 modifié.

### **IV-2.2.2 - Les équipements médicaux et non médicaux au sein de l'UCSA**

L'installation, la maintenance et l'entretien des équipements médicaux et non médicaux dans les UCSA sont assurés par l'établissement de santé (art. R. 711-13 2° du CSP).

### **IV-2.2.3- Les transports sanitaires**

### **\* les transports effectués par des ambulances privées**

Réalisés sur prescription médicale d'un médecin hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, soit en milieu hospitalier, ces transports sont financés par la dotation globale de l'établissement hospitalier signataire du protocole, comme les autres prestations d'assurance maladie délivrée aux personnes détenues, le ticket modérateur demeurant à la charge de l'administration pénitentiaire.

Des conventions entre l'établissement hospitalier et une ou plusieurs entreprises de transports sanitaires peuvent prévoir les conditions de réalisation de ces transports.

### **\* les transports par des véhicules du SMUR**

La part remboursée par l'assurance maladie est couverte par la dotation globale de l'établissement sanitaire gérant le SMUR (transport primaire) ou demandeur (transport secondaire).

Le ticket modérateur éventuel sera donc facturé à l'administration pénitentiaire et seulement pour les transports primaires, les transports secondaires demeurant intégralement à la charge de l'établissement de santé demandeur.

### **\* les transports pour hospitalisation d'office (HO) en unité pour malades difficiles (UMD)**

- le transport de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé de rattachement ou vers une UMD d'une personne détenue faisant l'objet d'une HO est assuré par l'établissement de santé d'accueil. Les frais de transport sont à la charge de l'assurance maladie, sauf en ce qui concerne le ticket modérateur qui est supporté par l'administration pénitentiaire.
- le transport de l'établissement de santé ou de l'UMD vers l'établissement pénitentiaire après levée de l'hospitalisation d'office est assuré par l'administration pénitentiaire qui en assume la prise en charge financière.
- le transfert d'une personne détenue d'une UMD vers un autre établissement de santé, avec maintien de l'hospitalisation d'office est assuré par l'établissement de santé à l'origine de la demande. Les frais de transport sont à la charge de l'assurance maladie, sauf le ticket modérateur qui est supporté par l'administration pénitentiaire.

## **IV-2.2.4 - Les appareillages et prothèses**

### **IV-2.2.4.1 - La définition de l'appareillage, des produits et des prestations**

Il s'agit des produits et des prestations inscrits sur la liste des produits et des prestations (LPP) remboursées prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

#### **IV-2.2.4.2 - La prise en charge des produits et des prestations**

Dès lors que l'appareillage est réalisé, posé ou prescrit au cours d'une hospitalisation, quel que soit le titre de la liste des produits et de prestations (LPP) auquel il appartient, il est financé sur les crédits de l'établissement de santé (circulaire ministérielle du 11 février 1986) et pris en charge sur sa dotation globale (circulaire interministérielle du 6 juillet 1987).

Ces dispositions s'appliquent quelle que soit la date de livraison du matériel, notamment pour les appareillages réalisés sur mesure.

#### **IV-2.2.4.3 - La prise en charge des produits et des prestations dans le cadre des consultations externes en milieu hospitalier**

Seuls les appareils, les matériels de traitements et les articles pour pansement utilisés lors des consultations externes sont intégrés dans la dotation globale dans les mêmes conditions que les actes auxquels ils se rapportent.

#### **IV-2.2.4.4 - La prise en charge de l'appareillage prescrit par l'établissement hospitalier en milieu pénitentiaire**

##### **\* le cas particulier des orthoprothèses (LPP - chapitre 7)**

Si cet appareillage est réalisé par un atelier intégré à l'établissement de santé, son coût est inclus dans le budget de fonctionnement de l'établissement de santé.

En tout état de cause, les procédures d'entente préalable éventuellement nécessaires doivent être respectées.

#### **IV-2.2.5 - Le dépistage par les CDAG du VIH ou d'autres maladies transmissibles**

Le dépistage de l'infection par le VIH ou d'autres maladies transmissibles, quand il est effectué par des CDAG hospitalières, est pris en charge par la dotation globale de l'établissement de santé (à compter du 1er janvier 2000) sans incidence financière pour l'administration pénitentiaire.

#### **IV-2.2.6 - Les modalités d'identification des patients et la détermination de la cotisation à la charge de l'administration pénitentiaire**

La carte vitale délivrée à la personne détenue ne comportera que le code grand régime 01 et le code gestion 10.

Pour identifier, dans les fichiers de l'assurance maladie, une personne détenue hospitalisée, il convient de saisir aux lieu et place des indications portées sur la carte d'assuré social, le code grand régime 01 et le code gestion 65, ce dernier se substituant au code 10 imprimé sur la carte d'assuré social.

Afin de pouvoir déterminer la cotisation à la charge de l'administration pénitentiaire, en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés suit les opérations de recettes et de dépenses dans une gestion particulière du fonds national de l'assurance maladie.

## **IV-2.3 - Les dépenses non financées par l'assurance maladie**

### **IV-2.3.1 - Les frais de transport et de déplacement**

#### **\* Les transports assis de personnes détenues**

Il s'agit de transports effectués en vue de soins mais ne nécessitant pas l'intervention d'un véhicule de transport couché (ambulance ou véhicule de SMUR, cf. § 2.2.2.3.1 du présent chapitre).

Si ces transports sont effectués pour des raisons de sécurité par un véhicule pénitentiaire, un véhicule de police ou de gendarmerie, ils sont à la charge de l'administration propriétaire du véhicule.

#### **\* Les transports de personnel hospitalier ou de produits et de matériels**

Les frais de déplacement du personnel hospitalier et les frais de transport des produits et des matériels mentionnés aux 3° et 4° du II de l'article R. 711-15 du CSP ne sont pas à la charge de l'assurance maladie. Ils sont engagés par l'établissement de santé et remboursés par l'administration pénitentiaire, dans les conditions suivantes :

- le remboursement des frais de déplacement des personnels est assuré sur la base des tarifs fixés par arrêté interministériel, prévu par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique de l'Etat 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.
- la base de remboursement des frais de transport des biens est le coût de l'unité d'œuvre de l'activité "transports" calculé à partir des éléments de la comptabilité analytique de l'établissement de santé. Le remboursement s'effectue à partir des justificatifs présentés par l'établissement de santé portant sur le nombre de kilomètres parcourus 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).

### **IV-2.3.2 - Le ticket modérateur et le forfait journalier**



Conformément à l'article L. 381-30-5 du CSS, l'administration pénitentiaire verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier et la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

Toutefois, en milieu pénitentiaire, l'article 17 modifié du protocole d'accord figurant en annexe A prévoit une forfaitisation du ticket modérateur fixée à 40 % pour les médicaments non remboursés à 100 %, sans identification de la personne détenue.

Les établissements de santé adressent à l'établissement pénitentiaire, trimestriellement, l'état mentionné à l'article 17 modifié du protocole et à la caisse pivot (circulaire DH/DGS/DSS/DAP 98 n° 105 du 17 février 1998).

### **IV-2.3.3 - Cas particuliers: le forfait hospitalier en SMPR et les dépassements sur les prothèses**

#### **IV-2.3.3.1 - Le forfait hospitalier en SMPR**

Les hospitalisations réalisées dans les SMPR ne sont pas soumises au forfait journalier.

#### **IV-2.3.3.2 - Les dépassements sur les prothèses**

En ce qui concerne les prothèses, qu'une convention de tiers payant existe ou non, un devis est préalablement établi par le praticien, puis transmis par l'administration hospitalière au chef d'établissement pénitentiaire.

Si la personne détenue bénéficie de la CMUC, l'organisme gestionnaire de cette protection choisi par le bénéficiaire prend en charge, en tiers payant, les frais exposés en sus du tarif de responsabilité, dans des limites fixées par arrêté et à condition que la prothèse en cause figure sur une liste établie par ce même arrêté.

Si la personne détenue ne bénéficie pas de la CMUC ou si la prothèse n'est pas ou pas totalement prise en charge au titre de cette protection, les frais restant à la charge de la personne détenue doivent en principe être réglés par celle-ci. Cependant, en application de l'article D. 367 du CPP, l'administration pénitentiaire peut prendre en charge la dépense lorsque les ressources de la personne détenue sont insuffisantes. A la différence de l'examen du droit à la protection complémentaire en matière de santé, il convient d'examiner cette notion au cas par cas en comparant le coût de la part restant à la charge de la personne détenue et les ressources dont elle dispose.

Lorsque la prothèse est médicalement justifiée, c'est à dire nécessitée par un état pathologique reconnu par le praticien de l'UCSA et, pour les prothèses dentaires, inscrite à la nomenclature générale des actes professionnels, le chef d'établissement pourra, afin d'éviter à la personne détenue de recourir à sa famille ou d'utiliser son pécule de libération, faire payer à partir des crédits pénitentiaires, le reliquat du dépassement restant à sa charge dans le cas où le montant figurant sur la part disponible de son compte nominatif serait insuffisant.

#### **IV-2.3.3.3 - Le financement de l'aménagement des locaux mis à disposition des équipes hospitalières**

Enfin, en vertu de l'article L. 381.30.6.3° du CSS, l'établissement pénitentiaire assure directement les charges de la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux pénitentiaires spécialisés destinés aux consultations et aux examens. En conséquence, aucune relation financière n'est à prévoir entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire, sauf en ce qui concerne, dans certains cas, l'entretien des locaux (cf. chapitre I § 2.1.2.6). De plus, afin d'utiliser des produits conformes aux exigences hospitalières et d'éviter les problèmes d'approvisionnement et de surcoût l'établissement pénitentiaire peut solliciter l'établissement de santé pour qu'il achète ces produits, l'établissement pénitentiaire le remboursant sur présentation de la facture.

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.

En revanche, les frais 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, le cas échéant, sont à la charge de l'établissement de santé.

Les installations relatives aux liaisons internet dans les UCSA et dans les SMPR doivent respecter les directives en matière de sécurité préconisées par l'administration pénitentiaire. Avec la mise en place de la télémedecine, s'ajoutent les règles du respect de la confidentialité.

#### **IV-2.4 - le financement des actions de prévention et d'éducation pour la santé par les conseils généraux**

Le financement de certaines actions de prévention relève des conseils généraux (prophylaxie des maladies sexuellement transmissibles et de la tuberculose, actions menées en faveur des femmes et des enfants par les services de la PMI).

Pour l'élaboration et la mise en œuvre du programme de prévention et d'éducation pour la santé, l'UCSA pourra s'appuyer sur des financements multiples :

- crédits déconcentrés pour l'éducation et la promotion de la santé ;
- crédits consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA ou contre les hépatites dans le cadre de la réduction des risques infectieux ;
- contributions possibles des conseils généraux et des caisses d'assurance maladie, des associations et de l'INPES.

Le cofinancement de certains projets pourra être sollicité auprès de l'administration pénitentiaire.

Les projets d'actions de prévention de l'infection par le VIH seront adressés à la DDASS concernée qui décidera ou non de les retenir, en fonction des priorités qui auront été définies dans le cadre

de la programmation locale ou régionale en matière de VIH/SIDA, de la pertinence de l'action proposée et des crédits disponibles.

Quand l'établissement pénitentiaire assure également le financement des dépenses afférentes à certaines actions de prévention et d'éducation pour la santé engagées par l'établissement de santé avec son accord, ces dépenses sont réglées selon les modalités définies par les deux établissements dans le cadre de l'annexe VI du protocole figurant à l'annexe A.

## **TABLE DES ANNEXES**

**ANNEXE A** : Modèle de protocole entre un établissement pénitentiaire et un établissement de santé pour la dispensation des soins et la coordination des actions de prévention en milieu pénitentiaire

**ANNEXE B :** Modèle de protocole complémentaire concernant les prestations psychiatriques dispensées aux personnes détenues d'un établissement pénitentiaire siège d'un service médico-psychologique régional

**ANNEXE C :** Modèle de protocole complémentaire concernant les prestations psychiatriques dispensées aux personnes détenues d'un établissement pénitentiaire par un secteur de psychiatrie général

**ANNEXE D :** Grille indicative des personnels médicaux et non médicaux en équivalent temps pleins  
( ETP) dans le cadre de la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé des établissements pénitentiaires du programme 13000

**ANNEXE E :** Surfaces minimales des locaux des UCSA selon l'annexe F de l'ancien guide (1994)

**ANNEXE F :** Surfaces des locaux des UCSA des établissements pénitentiaire en référence aux normes indicatives du programme 4 000

**ANNEXE F1 :** Schéma fonctionnel

**ANNEXE G :** Norme en équipements

**ANNEXE H :** Code de Procédure Pénale , section 3 : De l'organisation sanitaire (éd. 2003)

**ANNEXE I :** Convention type tripartite concernant les prestations de conseil personnalisé de prévention et de dépistage volontaire du VIH en milieu pénitentiaire

**ANNEXE J :** Fiche signalétique relative à la situation de la personne détenue

**ANNEXE K :** Annexe à la fiche signalétique relative à la situation de la personne détenue

**ANNEXE K1:** Plafond de ressources pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (CMU Complémentaire) : décrets N° 2003-804 et 2003-805 du 26 août 2003

**ANNEXE L :** Etat annuel des dépenses et des recettes relatives aux soins dispensés aux personnes détenues

# ANNEXE A

## MODELE DE PROTOCOLE

### ENTRE UN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE ET UN ETABLISSEMENT DE SANTE POUR LA DISPENSATION DES SOINS ET LA COORDINATION DES ACTIONS DE PREVENTION EN MILIEU PENITENTIAIRE

- le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.....
- l'établissement de santé.....
- représenté par .....
- le directeur régional des services pénitentiaires.....
- l'établissement pénitentiaire de .....
- représenté par .....

#### Article 1<sup>er</sup>

L'établissement de santé assure les missions sanitaires.....  
(à compléter par l'une des dispositions suivantes)

- 1° Prévues par les articles R. 711-7 et suivants du code de la santé publique ;
- 2° Prévues par les articles R. 711-7 et suivants du code de la santé publique, à l'exclusion des prestations psychiatriques (*pour le cas où un protocole complémentaire serait conclu*).

#### Article 2

L'établissement de santé est chargé de dispenser au sein de l'établissement pénitentiaire les soins aux personnes détenues. Dans ce cadre, il lui revient d'assurer l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la médecine générale, les soins dentaires, des consultations spécialisées et de mettre en place une permanence de soins. Pour ce faire, il crée une unité de consultation et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire, dont les modalités d'organisation et de fonctionnement, définies en accord avec le chef de l'établissement pénitentiaire, sont décrites en annexe I.

L'établissement de santé assure la fourniture des produits et des petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé.

L'établissement de santé effectue ou fait effectuer les examens de laboratoire et de radiologie mentionnés à l'article R. 711.13 du code de la santé publique.

### **Article 3**

Les consultations spécialisées qui ne peuvent être organisées en milieu pénitentiaire sont assurées dans l'établissement de santé. En cas d'impossibilité, celui-ci prend toutes dispositions pour que ces consultations soient réalisées dans un autre établissement de santé.

L'établissement pénitentiaire prend toutes mesures utiles pour assurer la sécurité des personnes à l'occasion de ces consultations conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

### **Article 4**

L'établissement de santé coordonne, en accord avec l'établissement pénitentiaire, les actions de prévention et d'éducation pour la santé. A ce titre, il veille à ce que les conditions soient réunies, au sein de l'établissement pénitentiaire, pour que :

- la consultation de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine puisse dispenser les prestations de conseil de prévention personnalisée et de dépistage volontaire de l'infection par le VIH. Une convention fixant les modalités de la consultation sera signée à cet effet ;
- les services du conseil général puissent assurer les missions de prophylaxie de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles et de protection de la mère et de l'enfant qui leur ont été dévolues dans le cadre de la loi du 22 juillet 1983. Une convention prévoyant les modalités d'intervention des services du conseil général et, notamment la mise en place du radio dépistage des entrants, sera signée à cet effet.

Enfin, l'établissement de santé élabore le programme de prévention et d'éducation pour la santé prévu par l'article R. 711-14 du code de la santé publique et définit les objectifs annuels ou pluriannuels en liaison avec la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Ce programme fait état des conventions et des accords passés pour sa réalisation avec les différents partenaires concernés.

### **Article 5**

L'établissement de santé remplit, lors de la visite obligatoire d'entrée une fiche épidémiologique pour chaque personne détenue. L'exemplaire nominatif de ce recueil reste à son dossier médical, comme bilan d'entrée.

Le traitement anonyme des données de ces fiches et la communication des résultats épidémiologiques seront réalisés conformément aux modalités définies par l'arrêté pris en application du 1° de l'article R. 711-13 du code de la santé publique.

## **Article 6**

Le suivi médical après l’incarcération est préparé par l’équipe hospitalière en liaison avec le service pénitentiaire d’insertion et de probation de l’établissement pénitentiaire.

## **Article 7**

Les interventions mentionnées aux articles 2 et 6 sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l’autorité médicale d’un praticien hospitalier.

La composition de l’équipe hospitalière est définie en annexe II.

L’activité de ses membres s’exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables.

## **Article 8**

Les membres de l’équipe hospitalière intervenant en milieu pénitentiaire sont soumis à une procédure d’habilitation par l’administration pénitentiaire conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

Les personnels hospitaliers sont informés des règles de fonctionnement en vigueur dans l’établissement auxquelles ils doivent se conformer. L’administration pénitentiaire y assure leur sécurité.

Le personnel pénitentiaire est informé des missions dévolues à l’établissement de santé et des modalités de fonctionnement de l’unité de consultations et de soins ambulatoires. Il concourt à ce fonctionnement dans le cadre de ses missions propres.

Les personnels de surveillance sont affectés par le chef de l’établissement pénitentiaire au maintien de l’ordre et à la sécurité de l’unité de consultations et de soins ambulatoires, après avis du praticien responsable 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.

## **Article 9**

Les locaux de l’unité de consultations et de soins ambulatoires, aménagés et mis à disposition par l’administration pénitentiaire, sont décrits en annexe III.

L’administration pénitentiaire assure l’entretien et la sécurité de ces locaux.

L'établissement pénitentiaire s'engage à ce que les locaux destinés à recevoir l'unité de consultations et de soins ambulatoires soient mis en conformité avec les missions de l'établissement de santé selon les modalités et le calendrier indiqués en annexe III.

### **Article 10**

Les équipements nécessaires à l'activité de l'équipe hospitalière sont décrits en annexe IV.

L'établissement de santé pourvoit à l'équipement médical et non médical des locaux mentionnés à l'article 9 et en assure l'entretien.

### **Article 11**

Le dossier médical des personnes détenues de l'établissement pénitentiaire est placé sous la responsabilité exclusive de l'établissement de santé. Les conditions de gestion et d'archivage des dossiers sont définies en annexe V.

### **Article 12**

L'établissement de santé met en œuvre le système d'information prévu par l'article R. 711-16 du code de la santé publique. L'établissement de santé présente un rapport d'activité annuel incluant la présentation des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Ce rapport est transmis aux signataires du protocole ainsi qu'à la commission de surveillance de l'établissement pénitentiaire. Il est également adressé aux instances délibératives et consultatives concernés de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire.

### **Article 13**

L'établissement de santé assure le traitement, le ramassage et le transport des déchets hospitaliers. Les déchets ménagers ou assimilables restent à la charge de l'administration pénitentiaire.

### **Article 14**

L'établissement de santé assure le transport des produits et des petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques.

L'établissement de santé peut faire ponctuellement appel à du personnel hospitalier pour intervenir dans l'unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire. Ce personnel lorsqu'il se déplace pour les besoins du service peut prétendre à la prise en charge de ses frais de transport dans les conditions prévues à l'article R. 711-15 du code de la santé publique.



## Article 15

Pour application de 10° de l'article R. 711-16 du code de la santé publique est constitué un comité de coordination composé de .....(\*). Il se réunit tous les ..... (*périodicité à préciser*) et à l'occasion de la remise du rapport annuel d'activité.

*(\*) En cas de protocole complémentaire, signaler les représentants de l'établissement de santé assurant les soins psychiatriques.*

## Article 16

Dès l'élaboration de son projet de budget, l'établissement de santé transmet à l'établissement pénitentiaire un état annuel prévisionnel des dépenses et des recettes afférentes aux différentes missions et actions qu'il doit assurer en application du présent protocole. Cet état prévisionnel est arrêté par le directeur de l'établissement de santé et le chef de l'établissement pénitentiaire, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée, sous réserve de sa prise en compte dans le cadre du budget approuvé de l'établissement de santé.

Il est établi sur la base des coûts prévisionnels correspondant aux dépenses relatives à l'exécution des missions qui lui ont été confiées.

Il inclut les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé prises en charge par l'administration pénitentiaire ainsi que les frais de transport des biens et des personnes prévus à l'article R. 711-15 du code de la santé publique.

S'il apparaît, en cours de gestion, un écart important entre les prévisions de dépenses actualisées et les dépenses initialement prévues, le directeur de l'établissement de santé et le chef de l'établissement pénitentiaire s'engagent à analyser les causes de l'écart, à prendre toutes mesures utiles pour y remédier et à procéder au besoin à la révision de l'état prévisionnel.

Dès la clôture de l'exercice, l'établissement de santé établit et transmet à l'établissement pénitentiaire un état annuel définitif des dépenses et des recettes constatées. Cet état est complété d'une estimation des recettes afférents aux soins externes et à l'hospitalisation des personnes détenues, que ces prestations aient eu lieu dans l'établissement de santé signataire ou dans un autre établissement de santé.

L'état annuel prévisionnel et l'état annuel définitif sont, dès qu'ils sont établis, transmis par l'établissement de santé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

## Article 17

Pour le remboursement de la part des dépenses de soins assurés en milieu pénitentiaire restant à la charge de l'administration pénitentiaire, l'établissement adresse trimestriellement, au chef de l'établissement pénitentiaire, l'avis des sommes à payer concernant le trimestre précédent, accompagné de l'état des prestations délivrées aux personnes détenues pendant la période considérée.

Cet état comporte :

- un relevé de consultations et des examens réalisés, leur valorisation, le taux de prise en charge et le montant des frais restant à la charge de l'administration pénitentiaire ;
- un relevé des médicaments délivrés en distinguant ceux pris en compte à 100 % des autres médicaments, pour lesquels un taux moyen de ticket modérateur de 40 % est appliqué.

Le mandatement par l'administration pénitentiaire des sommes ainsi définies ainsi que des frais de transport mentionnés à l'article 14 doit intervenir au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de l'émission du titre de recette.

Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, sans préjudice des actions prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé, sont mises en recouvrement par l'établissement et réglées par l'administration pénitentiaire dans les conditions définies en annexe VI.

### **Article 18**

Les prestations psychiatriques et les moyens mis en œuvre pour leur réalisation sont décrits en annexe VII. Les membres de l'équipe psychiatrique sont soumis aux dispositions des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> alinéas de l'article 8 et sont représentés au comité de coordination prévu à l'article 15. Les prestations délivrées font l'objet d'un rapport annuel d'activité, incluant notamment une évaluation de leur coût. Ce rapport est joint au rapport mentionné à l'article 12. *(En l'absence de protocole complémentaire concernant la psychiatrie).*

### **Article 19**

Le présent protocole est applicable à compter du ..... Les annexes au protocole sont actualisées en tant que de besoin après accord de l'ensemble des signataires.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Le Directeur de l'agence régionale  
de l'hospitalisation

Le Directeur régional des services  
pénitentiaires

Le Directeur de l'établissement de santé

Le directeur de l'établissement pénitentiaire

## **ANNEXES AU PROTOCOLE**

**L'annexe I** (article 2 du protocole) décrit l'organisation et le fonctionnement de l'unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire.

Elle mentionne :

- le mode d'organisation des soins et de fonctionnement médical de la structure, et notamment lorsqu'elle constitue une unité fonctionnelle, son service de rattachement ;
- les horaires d'ouverture de l'unité ;
- les horaires de présence des personnels infirmiers ;
- les horaires de consultations des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes ;
- la périodicité du passage des pharmaciens ;
- la périodicité et la nature des consultations spécialisées ;
- les modalités pratiques de réponse à l'urgence.

**L'annexe II** (article 7 du protocole) indique la composition de l'équipe hospitalière exprimée en équivalent temps plein ou en vacation d'une demie journée.

Elle précise :

- les effectifs médicaux ;
- les effectifs non médicaux ;
- les modalités de remplacement.

**L'annexe III** (article 9 du protocole) comporte :

- 1) Un état des locaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire, mis à disposition et aménagés par l'administration pénitentiaire :
  - description et situation géographique en détention ;
  - plan ;
  - liste des locaux et des surfaces correspondantes.

Dans le cas où les locaux de l'UCSA ne nécessitent aucun travaux, il conviendra d'indiquer expressément sur l'état de l'existant, que les locaux n'exigent aucun aménagement particulier.

2) Un état du projet envisagé, lorsque des travaux s'avèrent nécessaires :

- description de l'opération ;
- justification ;
- plan de l'état futur ;
- liste des locaux et des surfaces correspondantes ;
- coût de l'opération ;
- calendrier de réalisation de l'opération.

**L'annexe IV** (article 10 du protocole) décrit les équipements nécessaires à l'activité de l'équipe hospitalière.

**L'annexe V** (article 11 du protocole) définit les conditions de gestion et d'archivage du dossier médical, sous la responsabilité exclusive de l'établissement de santé.

**L'annexe VI** (article 17 du protocole) décrit les modalités de recouvrement et de règlement des dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé.

**L'annexe VII** (article 18 du protocole) décrit les prestations psychiatriques et les moyens mis en œuvre pour leur réalisation.

# **ANNEXE B**

## **MODELE DE PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE**

### **CONCERNANT LES PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES DISPENSEES AUX PERSONNES DETENUES D'UN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE SIEGE D'UN SERVICE MEDICO-PSYCHOLGIQUE REGIONAL**

Entre :

- le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.....
- l'établissement de santé (*de rattachement du service médico-psychologique régional*)  
représenté par .....
- l'établissement de santé (*signataire du protocole conclu en application de l'article R.711-7 du code  
de la santé publique*)  
représenté par .....
- le directeur régional des services pénitentiaires.....
- l'établissement pénitentiaire de .....
- représenté par .....

#### **Article 1<sup>er</sup>**

L'établissement de santé ..... (*nom de l'établissement de rattachement du service médico-psychologique régional*) assure les prestations psychiatriques dans les conditions fixées par l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

#### **Article 2**

L'établissement de santé met en œuvre dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, les actions de prévention, de diagnostic et de soins prévues aux articles 2 et 3 de l'arrêté du 14 décembre 1986 selon les modalités décrites en annexe I.

Ces actions sont menées en étroite collaboration avec l'équipe hospitalière chargée des soins somatiques de l'établissement de santé..... (*nom de l'établissement*).

#### **Article 3**

Le suivi après l'incarcération est préparé par l'équipe psychiatrique en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation de l'établissement pénitentiaire, dans les conditions prévues à l'article 3 de l'arrêté du 14 décembre 1986.

## **Article 4**

Le service est placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, assurant les responsabilités de chef du service.

La composition de l'équipe psychiatrique assurant les missions visées aux articles 2 et 3 est définie en annexe I.

L'activité de ses membres s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables.

## **Article 5**

Les missions et les obligations respectives des personnels de surveillance et des membres de l'équipe psychiatrique s'exercent dans les conditions prévues aux articles 7 et 8 de l'arrêté du 14 décembre 1986.

## **Article 6**

Les locaux visés à l'article 5 de l'arrêté du 14 décembre 1986 sont décrits en annexe II.

L'établissement pénitentiaire s'engage à ce que les locaux du service médico-psychologique régional soient mis en conformité avec ses missions selon les modalités et le calendrier indiqués en annexe II.

## **Article 7**

Les membres de l'équipe du service médico-psychologique régional ont accès au dossier médical établi par l'unité de consultations et de soins ambulatoires. Les psychiatres doivent y inscrire les conclusions de leurs examens et leurs prescriptions.

Un dossier médical spécifique est établi par le service médico-psychologique régional pour les personnes détenues hébergées dans ses locaux. Ce dossier est placé sous la responsabilité de son établissement de rattachement. Les conditions de sa gestion et de son archivage sont fixées en annexe III.

Pendant le séjour du détenu au service médico-psychologique régional, le dossier médical établi par l'unité de consultations et de soins ambulatoires est momentanément transféré au service médico-psychologique régional. Les prescriptions des psychiatres sont portées sur ce dossier auquel est joint le compte rendu du séjour au service médico-psychologique régional.

## **Article 8**

Les prestations délivrées par l'équipe psychiatrique font l'objet d'un rapport d'activité annuel, incluant notamment une évaluation du coût de ces prestations.

Il est joint au rapport d'activité annuel établi en application des dispositions du 8° de l'article R. 711-16 du code de la santé publique par l'établissement de santé (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques*).

### **Article 9**

Les produits et les petits matériels à usage médical ainsi que les médicaments et les produits pharmaceutiques sont fournis, conformément aux dispositions du 3° de l'article R. 711-13 du code de la santé publique par l'établissement de santé.... (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques*).

### **Article 10**

L'établissement de santé de rattachement du service médico-psychologique régional est représenté au comité de coordination créé en application du 10° article R. 711-16 du code de santé publique par.....

### **Article 11**

Le présent protocole est applicable à compter du .....

Les annexes au protocole sont actualisées en tant que de besoin après accord de l'ensemble des signataires.

**Fait à** , **le**

Le Directeur de l'agence régionale  
de l'hospitalisation

Le Directeur régional des services  
pénitentiaires

Le Directeur  
de l'établissement pénitentiaire

Le Directeur de l'établissement de santé

Le Directeur de l'établissement de santé

## **ANNEXES AU PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE**

### **Annexe I**

Elle s'applique lorsque l'établissement pénitentiaire est siège d'un service médico-psychologique régional relevant de l'établissement de santé.

Elle précise :

- le numéro du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ainsi que les établissements pénitentiaires desservis par ce secteur ;
- les activités développées au titre de l'article 10 de l'arrêté du 14 décembre 1986 ;
- la composition de l'équipe psychiatrique ;
- les horaires de consultations et d'interventions des personnels ;

### **Annexe II**

- le descriptif des locaux visés à l'article 5 de l'arrêté du 14 décembre 1986 ainsi que le programme et l'échéancier des travaux de mise en conformité de ces locaux (réaménagement et/ou extension et/ou reconstruction) avec les missions du service médico-psychologique régional.

### **Annexe III**

- les modalités de transmission des dossiers entre le service médico-psychologique régional et l'unité de consultations et de soins ambulatoires.



# ANNEXE C

## MODELE DE PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE

### CONCERNANT LES PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES DISPENSEES AUX PERSONNES DETENUES D'UN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE PAR UN SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE

Entre :

- le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.....
- l'établissement de santé (*dispensant les prestations psychiatriques*)  
représenté par .....
- l'établissement de santé (*signataire du protocole conclu en application de l'article R. 711-7 du code  
de la santé publique*)  
représenté par .....
- le directeur régional des services pénitentiaires.....
- l'établissement pénitentiaire de .....
- représenté par .....

#### Article 1<sup>er</sup>

L'établissement de santé ..... (*nom de l'établissement de santé chargé des prestations  
psychiatriques*) assure les prestations psychiatriques conformément aux dispositions de l'article R.  
711-9 du code de la santé publique dans les conditions prévues aux articles suivants du présent  
protocole.

#### Article 2

L'établissement de santé met en œuvre dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales,  
les actions de prévention, de diagnostic et de soins courants destinées aux personnes détenues de  
l'établissement pénitentiaire, en coordination avec le secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire du  
service médico-psychologique régional de ..... selon les modalités décrites en annexe I.

Ces actions sont menées en étroite collaboration avec l'équipe hospitalière chargée des soins  
somatiques de l'établissement de santé..... (*nom de l'établissement*).

#### Article 3

Le suivi après l'incarcération est préparé par l'équipe psychiatrique en liaison avec le service  
pénitentiaire d'insertion et de probation de l'établissement pénitentiaire.

## **Article 4**

Les interventions mentionnées aux articles 2 et 3 sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier.

La composition de l'équipe psychiatrique est définie en annexe II.

L'activité de ses membres s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables.

## **Article 5**

Les membres de l'équipe psychiatrique intervenant en milieu pénitentiaire sont soumis à une procédure d'habilitation par l'administration pénitentiaire conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

Les personnels hospitaliers sont informés des mesures de sécurité en vigueur dans l'établissement et des règles de fonctionnement auxquelles ils doivent se conformer. L'administration pénitentiaire y assure leur sécurité.

Le personnel pénitentiaire est informé des missions dévolues à l'établissement de santé et des modalités de mise en œuvre des prestations psychiatriques. Il y contribue dans le cadre de ses missions propres.

## **Article 6**

Des bureaux de consultations de l'unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire et des salles d'activité sont mis à disposition de l'équipe psychiatrique selon des modalités prévues à l'annexe III.

## **Article 7**

Les membres de l'équipe psychiatrique ont accès au dossier médical établi par l'établissement de santé..... (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques*).  
Les conclusions des examens psychiatriques et les prescriptions sont jointes à ce dossier.

## **Article 8**

Les prestations délivrées par l'équipe psychiatrique font l'objet d'un rapport d'activité annuel, incluant notamment une évaluation du coût de ces prestations.

Il est joint au rapport d'activité annuel établi en application des dispositions du 8° de l'article R. 711-16 du code de la santé publique par l'établissement de santé (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques*).

## Article 9

Les produits et les petits matériels à usage médical ainsi que les médicaments et les produits pharmaceutiques sont fournis, conformément aux dispositions du 3° de l'article R. 711-13 du code de la santé publique par l'établissement de santé.... (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques*).

## Article 10

Les membres de l'équipe psychiatrique font appel pour leurs activités en milieu pénitentiaire au secrétariat médical assuré par l'établissement de santé ..... (*nom de l'établissement de santé assurant les soins somatiques*).

## Article 11

L'établissement de santé (*nom de l'établissement chargé des prestations psychiatriques*) est représenté au comité de coordination créé en application du 10° de l'article R. 711-16 du code de la santé publique par .....

## Article 12

Le présent protocole est applicable à compter du ..... Les annexes au protocole sont actualisées en tant que de besoin après accord de l'ensemble des signataires.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation

Le Directeur régional des services pénitentiaires

Le Directeur de l'établissement de santé

Le Directeur de l'établissement pénitentiaire

**ANNEXES AU PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE SUR LES**

## PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES

**L'annexe I** (article 2 du protocole) décrit l'organisation des prestations psychiatriques en milieu pénitentiaire.

Elle mentionne :

- le secteur de rattachement de l'équipe psychiatrique intervenant en milieu pénitentiaire ;
- les horaires de consultation des psychiatres ;
- les horaires d'intervention des autres membres de l'équipe ;
- les modalités de permanence de soins.

**L'annexe II** (article 4 du protocole) indique la composition de l'équipe psychiatrique exprimée en équivalent temps plein ou en vacation.

Elle précise :

- les effectifs médicaux ;
- les effectifs non médicaux .

**L'annexe III** (article 6 du protocole) précise les bureaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires mis à disposition ainsi que les salles d'activité.

Elle indique les horaires de cette mise à disposition.



## ANNEXE D

### Grille indicative des personnels médicaux et non médicaux en équivalent temps pleins (ETP) dans le cadre de la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé des établissements pénitentiaires du programme 13000

	Maisons d'Arrêt de 600 places	Etablissements pour peines de 400 places	Etablissements pour peines de 600 places
Médecin Généraliste	1,21	0,57	0,8
Psychiatre	1,5	0,7	1
Dentiste	0,8	0,57	0,8
Pharmacien	0,23	0,143	0,2
Spécialiste *	0,4	0,201	0,28
Infirmière **	8,05	3,818	5,29
Psychologue	4,5	2	3
Secrétaire Médicale	1,15	0,57	0,8
Assistante dentaire	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>17,84</b>	<b>8,572</b>	<b>12,17</b>

\* les temps de spécialistes recouvrent les temps de médecins spécialistes mais aussi les temps d'intervention de masseurs-kinésithérapeutes et les temps de présence de manipulateurs en électro-radiologie.

\*\* les temps d'infirmiers et de préparateurs en pharmacie incluent les postes d'encadrement et d'aide-soignants éventuellement nécessaires ainsi que les préparateurs en pharmacie lorsque de tels postes sont individualisés au sein de l'établissement pénitentiaire.

**SURFACES MINIMALES DES LOCAUX DES UCSA  
SELON L'ANNEXE F DE L'ANCIEN GUIDE (1994)**

*La superficie des locaux est exprimée en mètres carrés de surface utile*

<b>ETABLISSEMENTS</b>										
<b>Effectifs</b>	<b>&lt; 100</b>	<b>101 à 150</b>	<b>151 à 200</b>		<b>150 à 400</b>	<b>201 à 400</b>	<b>401 à 700</b>	<b>701 à 1000 (*)</b>		
	<b>MA<sup>(1)</sup> / CD<sup>(2)</sup></b>	<b>MA / CD</b>	<b>CD</b>	<b>MA</b>	<b>MC<sup>(3)</sup></b>	<b>Tous sauf MC</b>	<b>Tous</b>	<b>Tous</b>		
<u>Bureau de consultation :</u>										
Généraliste	} 20	} 15	} 15	} 15	12	12	12	2 x 12		
Spécialiste					20	20	20	20	20	20
dentiste					20	20	20	20	20	20
Salle de soins	12	15	15	15	15	20	20	25		
Pharmacie					12	12	12	12		
Secrétariat			12	12	12	12	12	18		
Radio				12 (a)	35 (b)	12 (a)	37 (b)	40 (b)		
Attente					10	10	10	10		
Sanitaires					2 x 2	2 x 2	2 x 2	2 x 2		
Vestiaires					4	4	8	12		
Archives vivantes					4	4	8	12		
<u>Locaux d'entretien :</u>										
Ménage					3	3	3	3		
déchets	4	4	4	4	4	4	4	4		
Local technique					2	2	2	2		
<b>Total</b>	36	54	66	78	157	139	172	206		

(1) Maison d'arrêt

(a) Radioscopie pulmonaire

(2) Centre de détention

(b) Radio conventionnelle polyvalente

(3) Maison centrale

(\*) Lorsque l'effectif des personnes détenues est supérieur à 1000, la pharmacie à usage intérieur (PUI) située hors détention doit compter au moins 30 m<sup>2</sup>



**SURFACE DES LOCAUX DES UCSA DES ETABLISSEMENTS  
PENITENTIAIRES EN REFERENCE AUX NORMES INDICATIVES DU PROGRAMME 4.000**

**La superficie des locaux est exprimée en mètres-carrés de surface utile**

<b>EFFECTIFS</b>	<b>200</b>	<b>200 à 300</b>	<b>300 à 400</b>	<b>400 à 500</b>	<b>600</b>
<b>LOCAUX</b>					
Poste de surveillance	12	12	12	12	12
Salle d'attente	8	10	10	10	12
WC détenus	4	4	4	4	4
Bureau cadre infirmier			10	10	10
Secrétariat	12	12	12	12	12
Archives	4	4	6	8	8
Bureau IDE	15 (1)	15 (1)	12	12	12
Salle de soins	20	20	20	20	20
Pharmacie	6	6	8	10	12
Bureau de consultations, d'examens généraliste	15	15	15	15	15
Bureau de consultations polyvalent	15 (2)	15 (2)	15	15	15
Bureau de consultations, d'examens d'ORL			18 à 20	18 à 20	18 à 20
Bureau de consultations, d'examens ophtalmologiste	18 à 20	18 à 20	18 à 20	18 à 20	18 à 20
Cabinet dentaire	20	20	20	20	20
Salle de radiologie	15 (3)	15 (3)	15 (3)	40 (4)	40 (4)
Salle de développement				6 à 8	6 à 8
Stockage produits de développement				3	3
Kinésithérapie	15	15	15	25	25
Salle de détente – réunion	12	12	15	20	20
Vestiaires Femmes	5	5	6	8	8
WC Femmes	3	3	3	3	3
Vestiaires Hommes	5	5	6	8	8
WC Hommes	3	3	3	3	3
WC Handicapés	4	4	4	4	4
Rangement 1	4	4	6	6	6 à 8
Rangement 2	4	4	6	6	6 à 8
Linge propre	2	2	2	2	3
Linge sale	2	2	2	2	3
Ménage	4	4	4	4	4
Déchets	2	2	3	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>229 à 231</b>	<b>231 à 233</b>	<b>270 à 274</b>	<b>327 à 333</b>	<b>334 à 344</b>

(1) Bureau commun au cadre infirmier

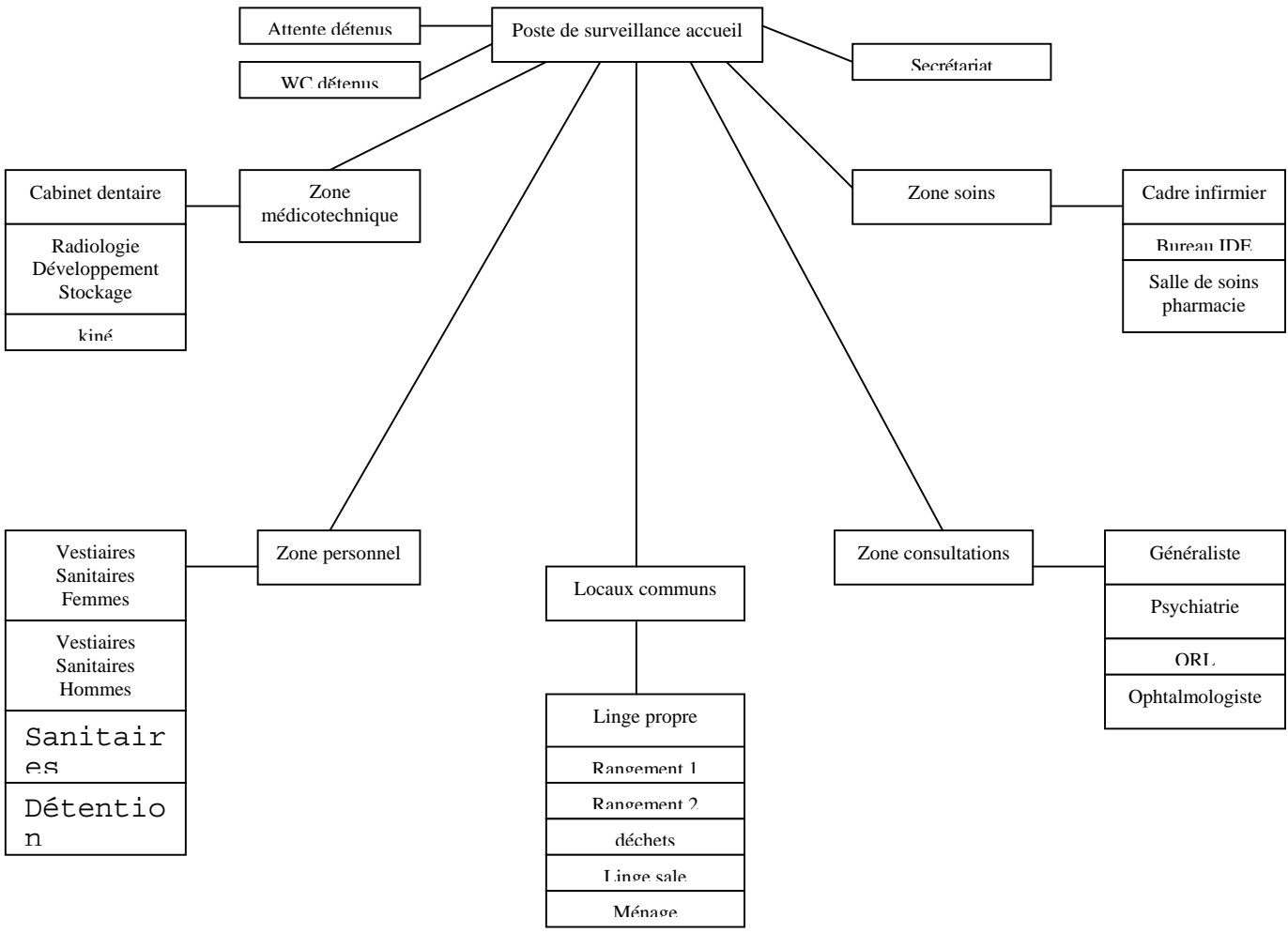
(2) Bureau pouvant accueillir selon les vacances, les consultations de psychiatrie ou de spécialités ORL

(3) Radioscopie pulmonaire

(4) Radiologie conventionnelle polyvalente

Annexe F1

# SCHEMA



**NORMES EN EQUIPEMENTS  
SELON L'ANNEXE G DE L'ANCIEN GUIDE (1994)**

EFFECTIF EN DETENUS	MAISONS D'ARRET				ETABLISSEMENTS POUR PEINES						
					CENTRES DE DETENTION			MAISONS CENTRALES OU ETABLISSEMENTS COMPRENANT MC + CD			
	RADIO		CABINET  DENTAIRE	OPHTALMO	RADIO		CABINET DENTAIRE	OPHTALMO	RADIO	CABINET DENTAIRE	OPHTALMO
	Murale	Table			Murale	Table			Table		
< 100	-	-	X	-	-	-	X	-	-	X	-
101 à 150	-	-	X	-	-	-	X	-	-	X	-
151 à 200	X	-	X	-	-	-	X	-	X	X	X
201 à 300	X	-	X	-	X	-	X	-	X	X	X
301 à 400	X	-	X	-	X	-	X	-	X	X	X
401 à 500	-	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X
501 à 600	-	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X
601 à 700	-	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X
701 à 1200	-	X	X	X					X	X	X

## CODE DE PROCEDURE PENALE

### SECTION 3 : DE L'ORGANISATION SANITAIRE

Edition 2003

#### Paragraphe 1er : Dispositions générales

##### Article D360

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Le transfèrement dans un établissement pénitentiaire mieux approprié peut être sollicité dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article D. 382, pour les détenus qui ne bénéficient pas, dans l'établissement où ils sont écroués, de conditions matérielles de détention adaptées à leur état de santé et pour ceux qui nécessitent une prise en charge particulière.

Le directeur régional fait procéder, à l'intérieur de sa région et dans les conditions prévues à l'article D. 301, à tout transfèrement ayant pour objet de permettre à un détenu malade d'être pris en charge dans de meilleures conditions.

S'il s'agit de prévenus, le magistrat saisi du dossier de l'information doit avoir donné préalablement son accord au transfèrement, après avoir été informé de la durée probable du traitement envisagé.

##### Article D361

*(Décret n° 72-852 du 12 septembre 1972 art. 1 Journal Officiel du 20 septembre 1972 rectificatif 14 octobre 1972)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les détenus malades bénéficient du régime alimentaire qui leur est médicalement prescrit.

##### Article D362

*(Décret n° 72-852 du 12 septembre 1972 art. 1 Journal Officiel du 20 septembre 1972 rectificatif 14 octobre 1972)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Hors le cas où l'état de santé du détenu rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel il n'est pas à même de consentir, celui-ci doit, conformément aux dispositions de l'article 36 du code de déontologie médicale, exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informé par le médecin des conséquences de ce refus.

Lorsque le détenu est mineur, il appartient au détenteur de l'autorité parentale d'exprimer son consentement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal, ou l'impossibilité de recueillir son consentement, le médecin

responsable peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent

### **Article D363**

*(Décret n° 72-852 du 12 septembre 1972 art. 1 Journal Officiel du 20 septembre 1972 rectificatif 14 octobre 1972)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Conformément à l'article L. 209-5 du code de la santé publique, les détenus ne peuvent être sollicités pour se prêter à des recherches biomédicales que s'il en est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé. Leur consentement est recueilli selon les modalités prévues par les articles L. 209-9 et L. 209-10 du même code.

### **Article D364**

*(Décret n° 93-193 du 8 février 1993 art. 1 Journal Officiel du 12 février 1993)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales. Il en est rendu compte aux autorités à prévenir en cas d'incident dans les conditions visées à l'article D. 280.

### **Article D365**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Hormis les cas où ils se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire en application des articles 723 et 723-3, les détenus ne peuvent être examinés ou soignés par un médecin de leur choix, à moins d'une décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent. Ils doivent alors assumer les frais qui leur incombent du fait de cette prise en charge.

## **Paragraphe 2 : Protection sociale des détenus**

### **Article D366**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les détenus sont affiliés, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale. A ce titre, ils bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général dans les conditions fixées par les articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale.

Les détenus bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 et qui exercent une activité professionnelle dans les conditions de droit commun sont affiliés au régime de sécurité sociale dont ils relèvent au titre de cette activité, dès lors que la durée de celle-ci permet l'ouverture des droits. Dans le cas contraire, ils continuent à bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général dans les conditions fixées

par les articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions d'ouverture du droit aux prestations du régime d'assurance maladie dont ils relèvent au titre de leur activité.

#### **Article D367**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

La part qui reste éventuellement à la charge du détenu, après remboursement d'un appareillage ou d'une prothèse par l'assurance maladie, et déduction faite du versement par l'administration pénitentiaire de la part des dépenses prévue par l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale, est prise sur son compte nominatif. Cependant, l'administration pénitentiaire peut se substituer aux détenus dont les ressources sont insuffisantes.

Le financement des appareillages, prothèses, actes, traitements ou interventions chirurgicales qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie est à l'entière charge des intéressés, après autorisation du chef d'établissement, sous réserve des dispositions relatives aux prestations servies aux détenus en application de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

### **Paragraphe 3 : L'organisation des soins en milieu pénitentiaire**

#### **Article D368**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les missions de diagnostic et de soins en milieu pénitentiaire et la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier, dans le cadre d'une unité de consultations et de soins ambulatoires, conformément aux dispositions des articles R. 711-7 à R. 711-18 du code de la santé publique.

En application de l'article R. 711-7 du code de la santé publique, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement public de santé situé à proximité de l'établissement pénitentiaire, qui est chargé de mettre en œuvre les missions décrites au premier alinéa du présent article.

En application de l'article R. 711-9 du code de la santé publique, lorsque l'établissement public de santé désigné par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire n'est pas desservi par un service médico-psychologique régional mentionné à l'article D. 372, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation désigne en outre, dans les mêmes conditions, l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, situé à proximité, qui est chargé de dispenser aux détenus les soins en psychiatrie.

#### **Article D369**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

En application des dispositions de l'article R. 711-10 du code de la santé publique, les modalités d'intervention de l'établissement public de santé mentionné à l'article R. 711-7 du même code sont fixées par un protocole signé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur régional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné, après avis du conseil d'administration.

Il en est de même en ce qui concerne les modalités d'intervention de l'établissement de santé éventuellement désigné en application de l'article R. 711-9 du code de la santé publique. Dans ce cas, le directeur de l'établissement public de santé mentionné à l'article R. 711-7 est également signataire de ce protocole complémentaire.

#### **Article D370**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

En application de l'article R. 711-15 (2°) du code de la santé publique, l'administration pénitentiaire met à disposition de l'unité de consultations et de soins ambulatoires des locaux spécialisés destinés aux consultations, aux examens et, le cas échéant, à une implantation de la pharmacie à usage intérieur. Des cellules situées à proximité de l'unité de consultations et de soins ambulatoires peuvent être réservées à l'hébergement momentané des détenus malades dont l'état de santé exige des soins fréquents ou un suivi médical particulier, sans toutefois nécessiter une hospitalisation. L'affectation des détenus dans ces cellules est décidée par le chef de l'établissement pénitentiaire, sur proposition du praticien responsable de l'unité de consultations et de soins ambulatoires.

#### **Article D371**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Dans les établissements pénitentiaires dont le fonctionnement est régi par une convention passée en application de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, les missions décrites au premier alinéa de l'article D. 368 et les attributions afférentes relèvent de l'équipe médicale placée sous l'autorité d'un médecin, responsable du service mis en place en application de cette convention, dans le cadre du cahier des clauses administratives et techniques particulières précisant son fonctionnement.

#### **Article D372**

*(Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 art. 1 Journal Officiel du 28 janvier 1983)*

*(Décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 art. 1 Journal Officiel du 2 février 1984)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent, conformément aux dispositions du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 modifié, aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements pénitentiaires relevant de chacun de ces secteurs, sans préjudice des actions de prévention, de diagnostic et de soins courants mises en oeuvre par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, au titre des articles R. 711-7 et R. 711-9 du code de la santé publique, ou par l'équipe médicale mise en place en application de la convention visée à l'article D. 371. Chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire est rattaché à un établissement public de santé ou à un établissement de santé privé admis à participer à l'exécution du service public hospitalier et placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire. Il comporte notamment un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire. Les modalités d'intervention du service médico-psychologique régional et de sa coordination avec l'unité de consultations et de soins ambulatoires sont fixées dans le cadre d'un protocole établi en application du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 modifié susvisé. L'administration pénitentiaire prend à sa charge la construction, l'aménagement et l'entretien des

locaux individualisés et adaptés, nécessaires au bon fonctionnement du service médico-psychologique régional, en application du décret visé au précédent alinéa.

#### **Article D373**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

L'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnes concourant aux missions de santé dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire.  
Des personnels de surveillance sont affectés par le chef d'établissement pénitentiaire dans les structures médicales visées au premier alinéa de l'article D. 368, à l'article D. 371 et au deuxième alinéa de l'article D. 372, après avis des médecins responsables de celles-ci.

#### **Article D374**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Si une intervention médicale paraît nécessaire en dehors des heures d'ouverture de l'unité de consultations et de soins ambulatoires, les personnels pénitentiaires appliquent les directives prévues par le protocole mentionné au premier alinéa de l'article D. 369.  
Dans les établissements où les soins sont assurés par la structure visée à l'article D. 371, les personnels pénitentiaires appliquent les prescriptions définies dans le cadre du cahier des clauses administratives et techniques particulières.

#### **Article D375**

*(Décret n° 85-836 du 6 août 1985 art. 1 Journal Officiel du 8 août 1985)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Le dossier médical du détenu est conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé visé au deuxième alinéa de l'article D. 368 et à l'article D. 372 ou du service médical pour les établissements pénitentiaires dont le fonctionnement est régi par une convention passée en application de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.  
Quand le dossier est établi par l'établissement de santé, il est soumis aux dispositions des articles R. 710-2-1 et suivants du code de la santé publique.  
Seul le personnel soignant peut avoir accès au dossier médical.  
En cas de transfèrement ou d'extraction vers un établissement hospitalier, les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité.

#### **Article D376**

*(Décret n° 93-193 du 8 février 1993 art. 1 Journal Officiel du 12 février 1993)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les établissements de santé visés aux articles D. 368 et D. 372 établissent un rapport annuel d'activité incluant la présentation des actions de prévention et d'éducation pour la santé.  
Ce rapport est transmis aux signataires des protocoles. Il est présenté devant l'instance de concertation



constituée en application de l'article R. 711-16 (10°) du code de la santé publique ainsi qu'à la commission de surveillance.

#### **Article D377**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Conformément au cahier des clauses administratives et techniques particulières auquel ils sont soumis, les services médicaux des établissements pénitentiaires dont le fonctionnement est régi par une convention passée en application de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire adressent leurs statistiques mensuelles d'activité médicale au directeur régional des services pénitentiaires, qui les transmet au ministère de la justice.

Ils établissent également un rapport annuel d'activité comprenant des éléments quantitatifs et qualitatifs qu'ils adressent au directeur de l'établissement pénitentiaire et à la commission de surveillance.

#### **Article D378**

*(Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 art. 1 Journal Officiel du 28 janvier 1983)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les rapports annuels d'activité présentés en application des articles D. 376 et D. 377 sont adressés au directeur régional des services pénitentiaires, qui en assure la transmission au ministère de la justice en y joignant ses éventuelles observations.

### **Paragraphe 4 : Attributions des personnels de santé**

#### **Article D379**

*(Décret n° 85-836 du 6 août 1985 art. 1 Journal Officiel du 8 août 1985)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Le praticien responsable de l'unité de consultations et de soins ambulatoires organise le suivi médical des détenus et coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé mises en oeuvre à leur égard, conformément aux dispositions des articles R. 711-13 et R. 711-14 du code de la santé publique.

#### **Article D380**

*(Décret n° 72-852 du 12 septembre 1972 Journal Officiel du 20 septembre 1972 rectificatif 14 octobre 1972)*

*(Décret n° 93-193 du 8 février 1993 art. 1 Journal Officiel du 12 février 1993)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Le médecin responsable des structures visées aux articles D. 368 et D. 371 veille à l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle dans l'établissement pénitentiaire.

A ce titre, il est habilité à visiter l'ensemble des locaux de l'établissement et à signaler aux services

compétents les insuffisances en matière d'hygiène et, de manière générale, toute situation susceptible d'affecter la santé des détenus ; il donne son avis sur les moyens d'y remédier.

### **Article D381**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les médecins chargés des prestations de médecine générale dans les structures visées aux articles D. 368 et D. 371 assurent des consultations médicales, suite à des demandes formulées par le détenu ou, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt du détenu.

Ces médecins réalisent en outre :

- a) Un examen médical systématique pour les détenus venant de l'état de liberté ;
- b) Les visites aux détenus placés au quartier disciplinaire dans les conditions prévues à l'article D. 251-4, chaque fois que ces médecins l'estiment nécessaire et en tout cas deux fois par semaine au moins ;
- c) Les visites au quartier d'isolement, dans les conditions prévues à l'article D. 283-1, chaque fois que ces médecins l'estiment nécessaire et en tout cas deux fois par semaine au moins ;
- d) L'examen des détenus sollicitant des attestations relatives à une inaptitude au travail pour raison médicale ;
- e) L'examen médical des détenus sollicitant une attestation relative à la pratique d'une activité sportive ;
- f) L'examen des détenus sollicitant pour raison médicale un changement d'affectation ou une modification ou un aménagement quelconque de leur régime de détention.

Ces médecins veillent à ce que la continuité des soins soit assurée à l'occasion des transfèrements des détenus.

### **Article D382**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les médecins intervenant dans les structures visées aux articles D. 368, D. 371 et D. 372 délivrent au détenu, à sa demande, des certificats ou attestations relatifs à son état de santé et, sous réserve de son accord exprès, à sa famille ou à son conseil.

Ils lui fournissent les attestations ou documents indispensables pour bénéficier des avantages qui lui sont reconnus par la sécurité sociale, et notamment de ceux prévus par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ils délivrent aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé.

En tout état de cause, si ces médecins estiment que l'état de santé d'un détenu n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, ils en avisent par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire. Ce dernier en informe aussitôt, s'il y a lieu, l'autorité judiciaire compétente.

Un double des attestations et avis délivrés en application des alinéas 3 et 4 du présent article est remis au détenu, à sa demande.

### **Article D383**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Le personnel infirmier répond aux demandes de soins dans le cadre de son rôle propre, dispense les soins et administre les médicaments sur prescription médicale, en application du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

## **Paragraphe 5 : Mesures spécifiques de santé**

### **Article D384**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Des moyens de prévention et d'information sur les maladies transmissibles sont mis à la disposition des personnes incarcérées.

Le médecin responsable des structures visées aux articles D. 368 et D. 371 prescrit, en liaison avec le médecin de prévention du personnel pénitentiaire, toutes les mesures nécessaires à la prophylaxie individuelle et collective des maladies transmissibles. Ces mesures sont mises en oeuvre en collaboration avec l'administration pénitentiaire.

### **Article D384-1**

*(inséré par Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

La prophylaxie de la tuberculose prévue par le code de la santé publique est assurée dans les établissements pénitentiaires par les services compétents prévus à cet effet.

Le dépistage de la tuberculose est réalisé chez tous les entrants provenant de l'état de liberté par un examen radiologique pulmonaire effectué et interprété dans les délais les plus brefs à compter de la date d'incarcération. Cette mesure s'applique également aux détenus présents qui n'auraient jamais bénéficié, ni lors de leur entrée en détention, ni au cours de leur incarcération, d'un dépistage radiologique de la tuberculose. Cet examen systématique est pratiqué sur place, sauf impossibilité matérielle.

Les détenus dont l'état de santé le nécessite sont isolés sur avis médical. Le médecin prescrit les mesures appropriées pour éviter toute contamination du personnel et des détenus.

En liaison avec le médecin responsable des structures visées aux articles D. 368 et D. 371 et le médecin de prévention du personnel pénitentiaire, le médecin du service de lutte antituberculeuse effectue le dépistage de la tuberculose auprès des personnes ayant été en contact avec un détenu présentant une maladie tuberculeuse.

En application de l'article L. 11 du code de la santé publique, la déclaration obligatoire des cas de tuberculose est faite par le médecin ayant effectué le diagnostic et est transmise par le médecin responsable des structures visées aux articles D. 368 et D. 371 au médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

### **Article D384-2**

*(inséré par Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

La prophylaxie des maladies vénériennes prévue par le code de la santé publique est assurée dans les établissements pénitentiaires par les services compétents prévus à cet effet.

### **Article D384-3**

*(inséré par Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

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.

### **Article D385**

*(Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 art. 1 Journal Officiel du 28 janvier 1983)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Dans le cadre de la prise en charge globale des personnes présentant une dépendance à un produit licite ou illicite, les secteurs de psychiatrie générale et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire favorisent et coordonnent, en collaboration avec les unités de consultations et de soins ambulatoires, les interventions, au sein de l'établissement pénitentiaire, des équipes des structures spécialisées de soins, notamment des centres spécialisés de soins aux toxicomanes et des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

Dans les établissements visés à l'article D. 371, cette coordination est assurée par les médecins psychiatres du service médical.

## **Paragraphe 6 : L'habilitation des personnels hospitaliers**

### **Article D386**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein dans les structures de soins visées aux articles D. 368 et D. 372 sont, préalablement à leur nomination, habilités par le ministre de la justice.

Les praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel dans ces structures sont, préalablement à leur nomination ou à leur affectation, habilités par le directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent.

Les autres personnels médicaux et hospitaliers exerçant dans ces structures sont, préalablement à leur nomination ou à leur affectation, habilités par le directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent.

### **Article D386-1**

*(inséré par Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

L'habilitation est accordée, après avis du préfet de département et, à Paris, du préfet de police, pour une période de cinq ans, renouvelable par tacite reconduction.

L'habilitation ne peut être accordée aux personnes qui ont fait l'objet d'une condamnation justifiant l'inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire, pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes moeurs.

L'habilitation est retirée de plein droit lorsque cette exigence cesse d'être remplie.

### **Article D387**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les personnels hospitaliers sont informés par le directeur régional des services pénitentiaires ou son représentant des conditions d'exercice en milieu carcéral et des obligations résultant des dispositions du présent code.

Le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont amenés à exercer leur mission doit leur être remis par le chef de l'établissement pénitentiaire.

### **Article D388**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

L'habilitation peut être suspendue par le directeur régional des services pénitentiaires pour les praticiens hospitaliers à temps plein, ou par le chef de l'établissement pénitentiaire pour les autres personnels hospitaliers, en cas de manquements graves aux dispositions du code de procédure pénale ou du règlement intérieur. Le directeur de l'établissement de santé doit en être préalablement informé. L'autorité qui a délivré l'habilitation rend, dans le mois suivant la suspension, une décision motivée de maintien ou de retrait de l'habilitation, après avoir recueilli les observations de la personne habilitée et l'avis de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

### **Article D389**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

En cas d'absence ou d'empêchement de l'une des personnes habilitées, ou en cas de nécessité de service, d'autres personnels hospitaliers relevant de l'établissement de santé signataire du protocole passé en application de l'article R. 711-10 du code de la santé publique peuvent être autorisés, sur proposition du directeur de cet établissement, à pénétrer dans l'établissement pénitentiaire par le chef de l'établissement pénitentiaire.

### **Article D390**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Dans le cadre des actions de prévention et d'éducation pour la santé, l'autorisation d'accès à l'établissement pénitentiaire est accordée par le chef de l'établissement aux personnes intervenant au titre des collectivités territoriales et aux membres du réseau associatif spécialisé auquel peut faire appel l'établissement de santé.

### **Article D390-1**

*(inséré par Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Dans le cadre de la prise en charge globale des personnes présentant une dépendance à un produit licite ou illicite, l'autorisation d'accès à l'établissement pénitentiaire est accordée, par le chef d'établissement,

aux personnels des structures spécialisées de soins, notamment des centres spécialisés de soins aux toxicomanes et des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

## **Paragraphe 7 : Les hospitalisations**

### **Article D391**

*(Décret n° 64-735 du 20 juillet 1964 Journal Officiel du 23 juillet 1964)*

*(Décret n° 72-852 du 12 septembre 1972 art. 1 Journal Officiel du 20 septembre 1972 rectificatif 14 octobre 1972)*

*(Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 art. 1 Journal Officiel du 28 janvier 1983)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

L'hospitalisation des détenus pour des pathologies autres que des troubles mentaux est assurée conformément au 2° de l'article R. 711-19 du code de la santé publique :

- a) Par l'établissement de santé mentionné à l'article R. 711-7 du code de la santé publique lorsque cette hospitalisation présente un caractère d'urgence ou de très courte durée ;
- b) Par un établissement de santé figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres de la justice, de l'intérieur, de la défense et des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Si le malade appartient aux forces armées, le transfèrement doit être effectué sur un hôpital militaire déterminé en accord entre l'administration pénitentiaire et l'autorité militaire, l'hospitalisation étant toujours décidée par le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire. Les frais de transfèrement et de séjour des militaires sont à la charge du ministère de la défense lorsque les intéressés sont dirigés sur un hôpital militaire.

Les détenus ne peuvent être hospitalisés, même à leurs frais, dans un établissement privé, à moins d'une décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent.

### **Article D392**

*(Décret n° 64-735 du 20 juillet 1964 Journal Officiel du 23 juillet 1964)*

*(Décret n° 93-193 du 8 février 1993 art. 1 Journal Officiel du 12 février 1993)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Pour les détenus qui sont incarcérés dans un établissement pénitentiaire dont le fonctionnement est régi par une convention passée en application de l'article 2 de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987, les hospitalisations présentant un caractère d'urgence et de très courte durée sont réalisées dans l'établissement public de santé le plus proche dispensant les soins définis au a du 1° de l'article L. 711-2 du code de la santé publique et participant à l'accueil et au traitement des urgences.

En dehors des hospitalisations présentant un caractère d'urgence ou de très courte durée, les dispositions du b de l'article D. 391 s'appliquent conformément aux dispositions de l'article 15 du décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par le service public hospitalier.

### **Article D393**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

L'admission dans un établissement de santé à vocation nationale ou dans un établissement de santé

situé dans une autre direction régionale des services pénitentiaires que celle où le détenu est écroué doit être autorisée par le ministre de la justice. Le directeur régional des services pénitentiaires autorise cette hospitalisation dans les autres cas. Ces autorisations sont données après avis d'un médecin intervenant à l'établissement.

En ce qui concerne les prévenus, l'autorisation d'hospitalisation suppose l'accord préalable du magistrat saisi du dossier de l'information.

En cas d'urgence, il peut toutefois être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'accord des autorités judiciaires et administratives compétentes, auxquelles il en est rendu compte immédiatement.

#### **Article D394**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Lorsque l'hospitalisation d'un détenu s'impose dans les conditions visées aux articles D. 391 et D. 392, le chef de l'établissement pénitentiaire avise dans les meilleurs délais le directeur de l'établissement de santé afin qu'il prenne toutes dispositions pour que l'intéressé soit accueilli dans des locaux adaptés, de manière à ce que la garde de celui-ci puisse être assurée dans les conditions prévues ci-dessous sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

Le chef de l'établissement pénitentiaire doit donner également tous renseignements utiles à l'autorité préfectorale pour la mettre en mesure de prescrire l'escorte et la garde du détenu hospitalisé par les services de police ou de gendarmerie et, d'une façon générale, pour arrêter les mesures propres à éviter tout incident compte tenu de la personnalité du sujet.

#### **Article D395**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire.

Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard dans toute la mesure du possible ; il en est ainsi notamment en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur.

Par dérogation aux dispositions de l'article D. 318, le détenu admis à l'hôpital peut être autorisé par le chef d'établissement à détenir une somme d'argent provenant de la part disponible de son compte nominatif pour effectuer, à l'intérieur de l'établissement de santé, des dépenses courantes.

#### **Article D396**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

En application de l'article R. 711-16 du code de la santé publique, les détenus ont accès, pour des consultations ou des examens médico-techniques, aux équipements médicaux situés dans l'établissement de santé.

#### **Article D397**

*(Décret n° 93-193 du 8 février 1993 art. 2 Journal Officiel du 12 février 1993)*

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Lors des hospitalisations et des consultations ou examens prévus à l'article D. 396, les mesures de sécurité adéquates doivent être prises dans le respect de la confidentialité des soins.

#### **Article D398**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation .

#### **Article D399**

*(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)*

Les médecins intervenant en milieu pénitentiaire se tiennent informés de l'évolution de l'état de santé des détenus hospitalisés.

ANNEXE I



## DE CONSEIL PERSONNALISE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ET ANONYME EN MILIEU PENITENTIAIRE

Entre

Le Directeur de l'établissement public de santé signataire du protocole en application de l'article R.711-10 du code de la santé publique<sup>29</sup>.

La Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH (nom de la structure ou du service, adresse, nom du médecin responsable) représentée par :

1° *Le Président du Conseil Général du département*.....

2° *Le Directeur de l'Hôpital*<sup>30</sup> de .....

Le Directeur de l'établissement pénitentiaire de .....

Il a été, d'un commun accord, convenu et arrêté ce qui suit :

**Article 1** - Le représentant légal de la CDAG détache auprès de l'UCSA de l'établissement pénitentiaire de ..... l'équipe de la CDAG (préciser la composition de l'équipe) à raison de (jours et heures de passage chaque semaine)<sup>2</sup> afin que les détenus puissent bénéficier de manière volontaire et anonyme d'une information sur le VIH, d'un conseil personnalisé de prévention et, si nécessaire d'un test de dépistage dans les conditions préconisées par l'arrêté du 2 juin 2004, modifiant l'arrêté du 3 octobre 2000, relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit.

**Article 2** - L'unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A) met à disposition de la CDAG les locaux suivants ..... aux jours et heures suivants.....

**Article 3** - Le médecin responsable de la CDAG s'engage à présenter à la DDASS un rapport d'activité des consultations de dépistage effectuées dans l'établissement pénitentiaire, distinct de celui établi dans le cadre de ses activités en milieu libre, selon les modalités précisées par l'arrêté du 2 juin 2004, relatif au rapport d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du Virus de l'Immunodéficience Humaine. Une copie de ce rapport d'activité est adressée au médecin responsable de l'UCSA.

**Article 4** - La présente convention prend effet à compter du .....

Elle peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties co-signataires en cas de non respect des clauses énoncées ci-dessus.

---

<sup>29</sup> Lorsque l'établissement public de santé et la CDAG constituent une seule et même personne de droit public, son représentant apposera sa signature sous les timbres correspondant ;

<sup>30</sup> Le nombre d'interventions hebdomadaires de l'équipe de la CDAG doit tenir compte de la nature, de la taille et du flux des entrants par semaine.

Elle pourra faire l'objet d'un avenant modificatif en cas d'adoption de nouvelles modalités.

Fait à ....., le .....

**FICHE SIGNALÉTIQUE RELATIVE A LA SITUATION  
DE LA PERSONNE DETENUE**

---

- \* NOM (en majuscule) :
- \* Prénom (s) :
- \* Nationalité :
- \* Date et lieu de naissance :
- \* N° de sécurité sociale<sup>31</sup> :
- \* Date de l'écrou initial :
- \* S'il s'agit d'un transfert d'établissement :
- \* Date du nouvel écrou :
- \* Adresse de l'établissement précédent :
  
- \* Date de l'incarcération :

[ ] Incarcération antérieure : du..... au.....  
Etablissement :

\* Autre situation à préciser :

Fait le  
Par le Chef  
de l'établissement pénitentiaire  
ou son représentant

---

<sup>31</sup> Joindre éventuellement copie de la carte d'assuré social

**ANNEXE À LA FICHE SIGNALÉTIQUE  
RELATIVE À LA SITUATION DE LA PERSONNE DÉTENUE (1)**

Nom : Prénom :

Incarcéré à :

**EXISTENCE D'UNE COUVERTURE SOCIALE  
AVANT L'INCARCÉRATION**

- Oui. Numéro d'immatriculation :  
Régime :  
Présentation d'une carte d'assuré social :
- Non, ou ne sait pas.

**SITUATION AVANT L'INCARCÉRATION**

- Adresse :  
 Activité professionnelle : date de cessation :  
 Chômage indemnisé : du ..... au .....  
 Congé divers : lequel .....
- Avantage servi : pension d'invalidité.  
allocation de parent isolé  
allocation d'adulte handicapé.
- Bénéficiaire de la CMU complémentaire jusqu'au .....

**SITUATION FAMILIALE**

- Célibataire       Marié(e)       Divorcé(e).

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU CONCUBIN  
OU PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS  
(OU AUTRE AYANT DROIT VISÉ  
AU 4° DE L'ARTICLE L. 313-3 OU À L'ARTICLE L. 161-14  
DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)**

Nom :  
Prénom(s) :  
Nationalité :  
Adresse :

(1) A compléter par la personne concernée

**PLAFOND DE RESSOURCES POUR L'ATTRIBUTION DE LA PROTECTION  
COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE (CMU COMPLEMENTAIRE)  
(DECRETS N° 2003-804 ET 2003-805 DU 26 AOUT 2003)**

Nombre de personnes	Plafond CMUC au 1/07/2003		Coefficient majoration (article R.861-3 du css)
	annuel	équivalent mensuel	
1	6 798,00€	566,50 €	-
2	10 197,00€	849,75 €	+ 50% de 1 personne
3	12 236,40 €	1 019,70 €	+ 30% de 1 personne
4	14 275,80 €	1 189,65 €	+ 30% de 1 personne
par pers. supplémentaire	+ 2 719,20 €	+ 226,60 €	+ 40% de 1 personne

**plafond de ressources dom**

Nombre de personnes	Plafond CMUC au 1/07/2003		Coefficient majoration (article R.861-3 du css)
	annuel	équivalent mensuel	
1	7 532,18 €	627,68 €	-
2	11 298,27 €	941,52 €	+ 50% de 1 personne
3	13 557,92 €	1 129,83 €	+ 30% de 1 personne
4	15 817,57 €	1 318,13 €	+ 30% de 1 personne
par pers. supplémentaire	+ 3 012,87 €	+ 251,07 €	+ 40% de 1 personne

**ETAT ANNUEL DEFINITIF DES DEPENSES ET DES RECETTES  
RELATIVES AUX SOINS DISPENSES AUX PERSONNES DETENUES**

---

**Ces tableaux seront actualisés en fonction de la poursuite  
de la mise en place de la réforme de la tarification**

REGION :

ETABLISSEMENT :

ANNEE :

## I – DEPENSES

<b>GROUPES DE DEPENSES</b>	<b>BP+DM</b>	<b>CA</b>
Groupe I – Dépenses de personnel		
Groupe II – Dépenses médicales et pharmaceutiques - dont dépenses d'optique		
Groupe III – Dépenses hôtelières et générale - dont frais de transport		
Groupe IV – Frais financiers et amortissements des équipements médicaux et non médicaux		
TOTAL - dont dépenses de prévention		

REGION :  
ETABLISSEMENT :

ANNEE :

II – RECETTES

	<b>BP+DM</b>	<b>CA</b>
Soins en milieu pénitentiaire - produits à la charge de l'assurance maladie - produits des tarifications pris en charge par l'Etat - remboursement des frais de transport, du personnel et des produits		
Soins en milieu hospitalier (hospitalisations et soins externes) - produits à la charge de l'assurance maladie - produits des tarifications pris en charge par l'Etat		
Actions de prévention et d'éducation pour la santé (hors DGF)		
<b>TOTAL</b>		

## TEXTES DE REFERENCE

- Le code de la santé publique.
- Le code de la sécurité sociale.
- Le code pénal
- Le code de procédure pénale.
- Le Code civil.
- Le code de déontologie médicale.

\*\*\*

- Ordonnance n° 45 2658, du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

\*\*\*

**- Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat**

- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.
- Loi n° 90-527 du juin 1987 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.
- Loi n° 93-1013 du 24 août 1993 loi modifiant la loi 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme du code de procédure pénale.
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
- Loi 95-73 du 21 janvier 1995 loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité.
- 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° 98-657 du 29 Juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
- Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 relative au renforcement de la protection de la présomption d'innocence et des droits des victimes.
- Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 loi relative à la sécurité quotidienne.
- Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 loi de modernisation 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 modifiant la loi 95-73 du 21 janvier 1995 loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité.



- Décret n° 81-291 du 30 mars 1981 modifié portant statut des attachés et des attachés associés des établissements publics de santé.
- Décret n°84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale.
- Décret n°84-99 du 10 février 1984 modifié portant statut particulier des infirmiers des services médicaux des administrations centrales de l'Etat, des services extérieurs qui en dépendent et des établissements publics de l'Etat.
- Décret n°84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens exerçant à temps plein.
- Décret n°85-384 du 29 mars 1985 modifié portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel.
- Décret du 8 août 1985 relatif à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles
- Décret n°85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'Etat.
- Décret n°86-602 du 14 mars 1986 modifié relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
- Décret n°87-788 du 28 septembre 1987 modifié relatif aux assistants et assistants associés des hôpitaux.
- Décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers.
- Décret n°88-1007 du 30 novembre 1988 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique de l'Etat sur le territoire métropolitain de la France.
- Décret n°92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique.
- Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Décret n°93-193 du 8 février 1993 modifiant certaines dispositions du Code de Procédure Pénale.
- Décret n°93-317 du 10 mars 1993 relatif aux modalités de prise en compte de certains services accomplis par divers personnels hospitaliers avant leur recrutement par l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires.
- Décret n° 93-547 du 26 mars 1993 portant statut particulier des surveillants chefs des services médicaux des services extérieurs de l'Administration Pénitentiaire et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse modifiant le décret n° 90-230 du 14 mars 1990.
- Décret n° 93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé.
- Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

- Décret n°95-569 du 6 mai 1995 relatif aux praticiens adjoints contractuels des établissements publics de santé
- Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
- Décret n° 97-109 du 6 février 1997 relatif aux conditions d'agrément des personnes habilitées à procéder à des identifications par empreintes génétiques dans le cadre de la procédure judiciaire.
- Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires.
- Décret n°99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale ( troisième partie : Décrets) et portant création des services d'insertion et de probation pénitentiaires.
- Décret 99-818 du 16 septembre 1999 modifiant le code de procédure pénale.
- Décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.
- Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- 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 modifiant le code de procédure pénale ( 3<sup>ème</sup> partie : Décrets) et complétant les dispositions relatives à l'application des peines.
- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des art. L 111-7 et L.1112-1 du CSP.
- Décret n° 2002-697 du 30 avril 2002 modifiant le code de procédure pénale ( 3<sup>ème</sup> partie : Décrets en Conseil d'Etat) et relatif au fichier national automatisé des empreintes génétiques.
- Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.
- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L.6321-1 du CSP
- Décret n° 2003-769 du 1<sup>er</sup> août 2003 relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements de santé
- Décrets n° 2003-804 et 2003-805 du 26 août 2003 relatifs à la détermination du plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé et modifiant le code de la sécurité sociale ( troisième partie : Décrets)
- Décret n° 2004-451 du 21 mai 2004 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique.

\*\*\*

- Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.
- Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.
- Arrêté du 21 décembre 1994 relatif au montant des cotisations sur la base du plafond de sécurité sociale

- Arrêté du 10 mai 1995 fixant la liste des établissements pénitentiaires sièges de services médico-psychologiques régionaux ( SMPR) et des établissements pénitentiaires relevant du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire de chaque SMPR
- Arrêté du 30 avril 1997 relatif au modèle de la fiche de recueil de données épidémiologiques par l'établissement de santé lors de l'examen médical d'entrée des arrivants en établissement pénitentiaire en application des art. R 711-7 et R 711-13 du CSP
- Arrêté du 12 mai 1997 relatif à la liste des autorités administratives et judiciaires avec lesquelles les détenus peuvent correspondre sous pli fermé, en application de l'article D 262 du CPP
- Arrêtés du 31 décembre 1999- trois arrêtés pris pour l'application des articles L.162-9, L.861-3 ; L.165-1, L.861-3 ; L.165-1, L.861-3 du code de la sécurité sociale
- Arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées inter -régionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.
- Arrêté du 24 septembre 2001 relatif au dépistage de certains cancers.
- Arrêté du 2 juin 2004 modifiant l'arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit.
  
- Circulaire interministérielle du 8 avril 1963, relative à la surveillance des détenus conduits à une consultation dans un service hospitalier et des femmes détenues hospitalisées.
- Circulaire DGS/3A/390 du 30 août 1984 relative au contrôle exercé par les services extérieurs du ministère chargé de la santé, dans les établissements pénitentiaires.
- Circulaire AP n°85-29-G2 du 7 décembre 1985 relative à la promotion de la santé en milieu carcéral.
- Circulaire n°90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.
- Circulaire interministérielle n°14 du 21 décembre 1990 relative à l'hospitalisation en court séjour non psychiatrique des détenus.
- Circulaire AP 92-01 GA3 du 25 février du 1992 relative à la protection sociale des détenus exerçant une activité professionnelle ou de formation à l'extérieur des établissements pénitentiaires en application de l'article 723 du code de procédure pénale.
- Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.
- Circulaire DGS (division SIDA) du 9 janvier 1993 relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.
- Circulaire AP/DGS NorJus. E9340061CJ23AP/DGS du 8 juin 1993 relative au dépistage volontaire de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire.
- Circulaire AP 93-01 GB 250293 du 18 mars 1993 relative à l'examen de la situation des détenus au regard de leur couverture sociale et à la circulaire à l'examen de la CNAM du 5 août 1992.
- Circulaire DH/FH3-AF2 n° 748 du 23 juillet 1993 relative aux modalités de prise en compte de certains services accomplis par divers personnels hospitaliers avant leur recrutement par l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du Titre IV du statut général des fonctionnaires.

- Circulaire DH/AF2 du 12 octobre 1993 portant application du décret n° 93-317 du 10 mars 1993 relatif aux modalités de prise en compte de certains services accomplis par divers personnels hospitaliers avant leur recrutement par l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires.
- Circulaire n° 04 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.
- Circulaire DGS/ SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.
- Circulaire DGS/DH n° 96-259 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.
- Circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.
- Circulaire DH/AF1/97/n° 97-56 du 29 janvier 1997 relative aux modalités pratiques d'utilisation du carnet de santé dans les établissements de santé.
- Circulaire JUSE 9740086C du 15 Juillet 1997 relative à la conduite à tenir à l'égard des agents de l'administration pénitentiaire ou agents d'autres administrations exerçant des fonctions dans les services pénitentiaires ou à l'égard des membres bénévoles, victimes d'un accident de service avec exposition au sang et aux mesures consécutives à mettre en œuvre
  
- Circulaire DH/DGS/DSS/DAP 98-105 du 17 février 1998 relative à la modification de l'article 17 des protocoles passés entre les établissements pénitentiaires et les établissements de santé pour la dispensation des soins et la coordination des actions de prévention en milieu pénitentiaire, en application de l'article R.711-10 du code de la santé publique.
- Circulaire DGS/DH /DRT/DSS n°98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement anti-rétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
- Circulaire DAP n° 000364 du 29 mai 1998 relative à la prévention des suicides en établissements pénitentiaires.
- Circulaire DGS/DAP n° 98-538 du 21 août 1998 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire
- Circulaire JUSE 9840065 C du 14 décembre 1998 relative au placement en isolement.
- Circulaire DGS/DH n°99-299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.
- Circulaire DGS/DH n°330 du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé.
- Circulaire JUSE 9940062C du 16 août 1999 4576 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée.
- Circulaire DGS/DH /DRT n°99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.

- Circulaire DSS/2A/99-701 du 17 décembre 1999 relative à la protection complémentaire en matière de santé (CMUC)
- Circulaire DSS/2A/DAS/DPM/ DSS/ n° 2000 /239 du 3 mai 2000 relative à la couverture maladie universelle de santé pour les personnes résidant en France de façon stable et régulière.
- Circulaire DAS/ RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM/2000/14 du 10 janvier 2000 relative à l'AME
- Circulaire DGS/ SD6A n° 2000/531 du 17 octobre 2000 relative aux modalités de désignation et aux missions des consultations de dépistage anonyme et gratuit.
- Circulaire DGS/ SD6A n° 2000/531 du 17 octobre 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création des consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.
- Circulaire DGS/ DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissements de santé dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.
- Circulaire JUSE 02400 75C/ SANTE-DGS n°2002-258 du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires.
- Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS/n°2002/610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L.6321-1 du CSP et des articles L.162-43 à L.162-46 du CSS et des décrets( n°2002-1298 du 25 octobre 2002) relatif au financement des réseaux et (n° 2002-1463 du 17 décembre 2002) relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.
- Circulaires DGS/SD6C n° 2002-271 du 29 avril 2002 et n° 2003-355 du 16 juillet 2003 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide : actions prioritaires pour l'année 2002 et 2003
- Circulaire DGS/DH/DRT/DSS/SD6A n° 2003-165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement anti-rétroviral après exposition au risque de transmission du VIH
- Circulaire DHOS/DGS/DAP n°440-2003 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.
- Note DAP n° 6318 du 28 mai 1998 ayant pour objet la mise en œuvre pratique des dispositions de la loi du 18 janvier 1994 relative à la protection sociale des détenus.
- Note DAP JUSE 9740071 N du 20 mars 1997 relative aux carnets de santé des détenus.
- Note DAP n° 64 du 22 janvier 1997 relative à la lutte contre le VIH en milieu carcéral.
- Note DGS du 28 juillet 1997 relative au programme de prévention de l'hépatite B en milieu pénitentiaire.
- Note DAP n° 2020 du 5 novembre 1997 sur la distribution systématique d'eau de Javel aux personnes détenues.
- Note DGS du 21 novembre 1997 relative aux modalités d'utilisation et de diffusion de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.
- Note DH/ EO4 n°990273 du 26 juillet 1999 relative aux règles applicables aux gardes, aux escortes et au transports.

- Note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 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 ou ayant une consommation abusive
- Note DGAS n° 2002-536 du 23 octobre 2002 relative aux conditions d'application en détention de l'attribution des prestations d'aide aux personnes handicapées.
- Note DAP n°2003-117 du 15 juillet 2003 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus conduits en milieu hospitalier.
- Note DAP 00013 du 10 février 2004 relative à la garde des femmes enceintes dans les hôpitaux.

\*\*\*

*Autres :*

- Recommandations du Conseil Supérieur d'hygiène publique en France du 14 mars 2003 relatives au traitement de la tuberculose infection
- *Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou des traitements inhumains ou dégradants du 26 novembre 1987.*
- *Loi n°88-1243 du 30 décembre 1988, autorisant l'approbation d'une convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou des traitements inhumains ou dégradants.*

Circulaire abrogée :

[Circulaire n° DH/EO4/DGS/DSS/DAP/98/105 du 17 février 1998](#) relative à la modification de l'article 17 des protocoles passés entre les établissements pénitentiaires et les établissements de santé pour la dispensation des soins et la coordination des actions de prévention en milieu pénitentiaire, en application de l'article R.711-10 du code de la santé publique.

## **SIGLES & ABREVIATIONS**

<b>AAH</b>	<b>Allocation adultes handicapés</b>
<b>ACOSS</b>	<b>Agence centrale des organismes de sécurité sociale</b>
<b>ACTP</b>	<b>Allocation compensatrice pour tierce personne</b>
<b>AFFASAPS</b>	<b>Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé</b>
<b>AICS</b>	<b>Auteur d'infractions à caractère sexuel</b>
<b>AME</b>	<b>Aide médicale d'Etat</b>
<b>ANAES</b>	<b>Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé</b>
<b>APA</b>	<b>Allocation personnalisée à l'autonomie</b>
<b>API</b>	<b>Allocation de parent isolé</b>
<b>ARH</b>	<b>Agence régionale de l'hospitalisation</b>
<b>ASE</b>	<b>Aide Sociale à l'enfance</b>
<b>CCAA</b>	<b>Centre de consultation d' alcoologie et d'addictologie</b>
<b>CDAG</b>	<b>Centre de dépistage anonyme et gratuit</b>
<b>CEDH</b>	<b>Cour européenne des droits de l'homme</b>
<b>CIP</b>	<b>Conseillers d'insertion et de probation</b>
<b>CISIH</b>	<b>Centre d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine</b>
<b>CLIN</b>	<b>Comité de lutte contre les infections nosocomiales</b>
<b>CMU</b>	<b>Couverture médicale universelle</b>
<b>CMUC</b>	<b>Couverture médicale universelle complémentaire</b>
<b>CMP</b>	<b>Centre médico-psychologique</b>
<b>COTOREP</b>	<b>Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel</b>
<b>CSHPF</b>	<b>Conseil supérieur d'hygiène publique de France</b>
<b>CSST</b>	<b>Centre spécialisé de soins aux toxicomanes</b>
<b>CPT</b>	<b>Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants</b>
<b>CUAS</b>	<b>Chef d'unité d'action sanitaire</b>
<b>DIM</b>	<b>Département d'informations médicales</b>
<b>DPJJ</b>	<b>Direction de la protection judiciaire de la jeunesse</b>
<b>DPS</b>	<b>Détenu particulièrement</b>
<b>DRSP</b>	<b>Direction régionale des services pénitentiaires</b>
<b>DRASS( /DDASS)</b>	<b>Direction régionale /départementale de l'action sanitaire et sociale</b>
<b>DSPIP probation</b>	<b>Direction des services pénitentiaires d'insertion et de</b>
<b>ENAP</b>	<b>Ecole nationale d'administration pénitentiaire</b>
<b>ENSP</b>	<b>Ecole nationale de la santé publique</b>
<b>EPNSF</b>	<b>Etablissement public national de santé de Fresnes</b>
<b>ETP</b>	<b>Equivalent temps plein</b>

<b>GEPS</b> <b>GFEP</b>	<b>Groupe d'étude et de prévention suicide</b> <b>Groupe français d'épidémiologie psychiatrique</b>
<b>HCSP</b> <b>HO</b>	<b>Haut comité de la santé publique</b> <b>Hospitalisation d'office</b>
<b>IGAS</b> <b>IGSJ</b> <b>INPES</b> <b>InVs</b>	<b>Inspection générale des affaires sociales</b> <b>Inspection générale des services judiciaires</b> <b>Institut nationale de prévention et d'éducation à la santé</b> <b>Institut de veille sanitaire</b>
<b>LPP</b>	<b>Liste des produits et des prestations</b>
<b>OFDT</b> <b>PEP</b> <b>PH</b> <b>PMI</b>	<b>Office français des drogues et des toxicomanies</b> <b>Projet d'exécution de peine</b> <b>Praticien hospitalier</b> <b>Protection maternelle et infantile</b>
<b>PRAPS</b> <b>aux soins</b>	<b>Programme régional d'accès à la prévention et</b>
<b>QI</b> <b>QD</b>	<b>Quartier d'isolement</b> <b>Quartier disciplinaire</b>
<b>RI</b> <b>RMI</b>	<b>Règlement intérieur</b> <b>Revenu minimum d'insertion</b>
<b>SAU</b> <b>SNH</b> <b>SMPR</b>	<b>Service d'accueil et de traitement des urgences</b> <b>Schéma national d'hospitalisation</b> <b>Service médico-psychologique régional</b>
<b>SMUR</b>	<b>Service de médecine ou d'urgence</b>
<b>UCSA</b> <b>UEVH</b> <b>UHSA</b> <b>UHSI</b> <b>UMD</b> <b>UPATOU</b>	<b>Unité de consultations et de soins ambulatoires</b> <b>Unité expérimentale de vie familiale</b> <b>Unité hospitalière spécialement aménagées</b> <b>Unité hospitalière sécurisée inter- régionale</b> <b>Unité pour malades difficiles</b> <b>Unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences</b>
<b>VIH</b> <b>VHC/B</b> <b>VSL</b>	<b>Virus de l'immunodéficience humaine</b> <b>Virus de l'hépatite C/B</b> <b>Véhicule sanitaire léger</b>



**- ERRATA -**

**Page 11**, chap I-2.1.1 : supprimer le second paragraphe commençant par « Il n’y a pas lieu de créer... »,

**Page 11**, chap I-2.1.1 au quatrième paragraphe, après les mots « Le mode d’organisation », ajouter «*et le cas échéant* »,

**Pages 105 et 106**, chap III-2.2.3 : ajouter « *afin de trouver ensemble une solution alternative.* » après « ...le médecin responsable de l’UCSA. »

**L’ annexe D** est modifiée comme suit :

**Grille indicative des personnels médicaux et non médicaux en équivalent temps plein (ETP) proposée pour la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé des établissements pénitentiaires du programme 13 000**

*(ces ratios minima constituent une évolution positive des ratios de référence préconisés en 1994)*

	<b>Maison d’arrêt de 600 places</b>	<b>Etablissements pour peine de 400 places</b>	<b>Etablissements pour peine de 600 places</b>
Médecins généralistes	1,21	0,57	0,8
Psychiatres	1,5	0,7	1
Dentistes	0,8	0,57	0,8
Pharmaciens	0,23	0,143	0,2
Médecins spécialistes Masseurs kinésithérapeutes Manipulateurs en électroradiologie	0,4	0,201	0,28
Infirmières* Aides soignantes Préparateurs en pharmacie**	8,05	3,818	5,29
Psychologues	4,5	2	3
Secrétaires médicales	1,15	0,57	0,8
Assistants dentaires	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>17,84</b>	<b>8,572</b>	<b>12,17</b>

\* y compris les postes d’encadrement

\*\* lorsque les postes sont individualisés au sein de l’établissement pénitentiaire