

PLAN D' ACTIONS STRATÉGIQUES 2010 - 2014

Politique de santé pour
les personnes placées
sous main de justice



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
ET DES LIBERTÉS

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	6
-----------------	---

1. AXE I - CONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ	17
---	-----------

1.1. Mesure 1 : mettre en place un système national d'informations stratégiques permettant le pilotage des politiques mises en œuvre et intégrant des données d'activités et un suivi épidémiologique de la santé des personnes détenues	17
---	-----------

1.1.1 Action 1.1 : Définition d'un corpus commun de données pour un dispositif de surveillance de la santé des détenus incluant des indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques, de la santé mentale et des maladies infectieuses	17
---	-----------

1.1.2 Action 1.2 : mettre en place un observatoire des structures de santé des personnes détenues	18
--	-----------

1.1.3 Action 1.3 : améliorer la qualité des données sur le phénomène suicidaire en milieu carcéral	20
---	-----------

1.2. Mesure 2 : mener un programme d'étude et de recherche spécifique	21
--	-----------

1.2.1 Action 2.1 : réaliser une enquête sur la prévalence de l'infection à VIH, de l'hépatite C, et des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral	21
---	-----------

2. AXE II - PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	24
--	-----------

2.1. Mesure 3 : renforcer la prévention du suicide en détention	24
--	-----------

2.1.1 Action 3.1 : renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions	24
---	-----------

2.2 Mesure 4 : évaluation de l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral	25
--	-----------

2.2.1 Action 4.1 : caractériser les difficultés d'application de la politique de réduction des risques pour en optimiser la mise en œuvre	25
--	-----------

2.3. Mesure 5 : agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues	27
---	-----------

2.3.1 Action 5.1 : réaliser un état des lieux des actions d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire	27
--	-----------

2.3.2 Action 5.2 : élaborer un référentiel d'intervention en éducation pour la santé et promotion de la santé en milieu pénitentiaire	28
--	-----------

2.3.3 Action 5.3 : favoriser les échanges de pratiques de prévention, d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire	29
--	-----------

2.3.4 Action 5.4 : soutenir le développement de programmes d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire au travers d'expériences pilotes	30
--	-----------

2.3.5 Action 5.5 : développer et adapter des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (dont IST) pour les personnes mineures détenues	32
2.3.6 Action 5.6 : réduire et prévenir les risques infectieux liés à certaines activités et pratiques (coiffure, tatouage/piercing)	34
2.3.7 Action 5.7 : améliorer auprès des personnes détenues la prévention des risques liés à la sexualité et réunir les conditions du maintien d'une vie affective et sexuelle	37
2.3.8 Action 5.8 : soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida.....	39

2.4. Mesure 6 : rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues 41

2.4.1 Action 6.1 : améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention.....	41
2.4.2 Action 6.2 : améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention.....	44

2.5. Mesure 7 : améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues 46

2.5.1 Action 7.1 : s'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure corrective	46
2.5.2 Action 7.2 : améliorer l'équipement des cabinets dentaires d'UCSA en visant notamment la réduction du risque infectieux associé aux soins.....	47

3. AXE III -ACCÈS AUX SOINS **49**

3.1. Mesure 8 : évaluer la mise en place du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues 49

3.1.1 Action 8.1 : évaluer le dispositif d'offre de soins hospitaliers et définir les évolutions nécessaires.	49
---	----

3.2. Mesure 9 : réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale 51

3.2.1 Action 9.1 : améliorer l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre de soins graduée.....	51
3.2.2 Action 9.2 : accompagner et évaluer la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de la première tranche de construction.....	52
3.2.3 Action 9.3 : préparer et accompagner la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de la seconde tranche de construction.....	53

3.3. Mesure 10 : améliorer l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires de prise en charge des personnes détenues 54

3.3.1 Action 10.1 : donner des éléments de cadrage sur l'organisation des locaux et des équipements des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA/SMPR) et s'assurer de la fonctionnalité de ceux-ci	54
--	----

3.3.2 Action 10.2 : doter les unités de soins, de consultations et de soins ambulatoires et hospitaliers, des outils informatiques nécessaires à la production de soins et à la collecte d'informations.....	55
3.3.3 Action 10.3 : mettre en place un plan de développement de la télémédecine....	57
3.3.4 Action 10.4 : évaluer et réadapter les modalités financières de prise en charge des soins aux personnes détenues.....	58
3.4. Mesure 11 : conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisée pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) – (activité, financière...)	59
3.4.1 Action 11.1 : conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisée pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) – (activité, financière...)	59
3.5. Mesure 12 : améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins (Application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 MILDT)	60
3.5.1 Action 12.1 : améliorer la coordination et l'articulation entre les différents intervenants concernés par la prise en charge des personnes détenues présentant un problème d'addiction.....	60
3.5.2 Action 12.2 : proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne et développer les traitements de substitution à tous les établissements	62
3.6. Mesure 13 : organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie	63
3.6.1 Action 13.1 : mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie	63
3.6.2 Action 13.2 : organiser un dispositif d'accompagnement et développer des outils et des dispositifs pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison.....	66

4. AXE IV - DISPOSITIF DE PROTECTION SOCIALE.....	69
--	-----------

4.1. Mesure 14 : clarifier l'accès aux droits des personnes détenues	69
4.1.1 Action 14.1 : clarifier les modalités d'accès aux soins de ville (couverture de base et couverture complémentaire) des personnes en aménagement de peine.....	69
4.1.2 Action 14.2 : prévenir le risque de rupture de droit à la sortie de prison en rendant possible le maintien d'affiliation à la caisse de rattachement de l'établissement pénitentiaire pendant un an.	70
4.1.3 Action 14.3 : prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison s'assurant de la continuité de la perception des droits sociaux relevant des conseils généraux (AAH, APA, PCH, RSA).	71
4.2. Mesure 15 : organiser l'articulation entre établissement pénitentiaire / CPAM / établissement de santé	73
4.2.1 Action 15.1 : élaborer une convention cadre entre les établissements pénitentiaires et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de rattachement afin d'améliorer l'effectivité des droits des personnes détenues (désignation de	

référents « couverture maladie », systématiser les transferts d'information pour ouvrir et mettre à jour les droits, anticiper les sorties)..... 73

5. AXE V - FORMATION..... 76

5.1. Mesure 16 : mettre en place un plan de formation 76

5.1.1 Action 16.1 : intégrer la problématique dans le cadre de la formation initiale des professionnels de santé concernés (médecins, paramédicaux, dentistes, etc.)..... 76

5.1.2 Action 16.2 : mettre en place des formations d'adaptation à l'emploi et développer un plan de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles..... 78

5.1.3 Action 16.3 : améliorer la formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle . 79

5.2 Mesure 17 : Promouvoir une démarche qualité et bonnes pratiques auprès des intervenants extérieurs 81

5.2.1 Action 17.1 : promouvoir auprès des associations intervenant en prison une démarche qualité 81

6. AXE VI - HYGIÈNE, SÉCURITÉ ET SALUBRITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES..... 83

6.1. Mesure 18 : s'assurer du respect des normes et règlements relatifs aux conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité des établissements pénitentiaires. 83

6.1.1 Action 18.1 : expertiser les recommandations des rapports d'inspection et prévoir les modalités de mise en œuvre des recommandations 83

GLOSSAIRE..... 85

PRÉAMBULE

Au 1^{er} septembre 2010, 60789 personnes étaient écrouées détenus. Au 1^{er} janvier 2010 était dénombré 199 établissements dont **106 maisons d'arrêt**, **87 établissements pour peine** (incluant centres pénitentiaires, centres de détention, maisons centrales et centres de semi liberté autonomes) et les **6 établissements pénitentiaires pour mineurs** (EPM).

Les personnes condamnées sont majoritaires, on compte 15 797 personnes prévenues.

Sur l'ensemble des personnes écrouées détenues, 41 640 (soit 67 %) sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers « maison d'arrêt » des centres pénitentiaires.

En 2009, plus de 84 000 personnes sont entrées en détention et ont donc été examinées par les services de soins. Leur durée moyenne de détention a été de 9,4 mois.

Au 1^{er} janvier 2010, plus de 40 % des condamnés purgeaient une peine inférieure ou égale à un an et 46 % une peine de 1 an à moins de 3 ans¹.

La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt et les quartiers maison d'arrêt. Au 1^{er} avril 2010, le taux d'occupation de ces établissements et quartiers est de 122 % mais pour certains, il dépasse régulièrement les 200 %.

Depuis la loi du 18 janvier 1994 ayant transféré au ministère de la santé la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues tous les établissements pénitentiaires disposent d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), unités hospitalières dépendant directement d'un établissement de santé et placées sous la responsabilité de leur directeur.

En août 2000, la création de huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) a été décidée représentant 170 lits d'hospitalisation de court séjour. Celles-ci, implantées au sein de centres hospitaliers universitaires permettent l'accueil de toute personne détenue devant bénéficier de soins en milieu hospitalier. Ce dispositif inclut également 20 lits de court séjour à l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) et 52 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) (12 lits autorisés à l'UHSI de Marseille et 40 lits à l'EPSNF). Celui-ci a été complété en mars 2006 par la création de 235 chambres sécurisées implantées au sein des établissements de santé disposant d'UCSA pour les soins urgents (en cours d'installation).

Enfin la loi d'orientation du 9 septembre 2002 a légiféré sur la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues avec et sans consentement. Jusqu'à présent, ces personnes ne pouvaient être hospitalisées en psychiatrie que sous le régime de placement d'office. 705 lits sont prévus.

¹ Statistique trimestrielle de la population prise en charge en milieu fermé, au 1^{er} janvier 2010.

LES RAISONS D'UN PLAN NATIONAL D' ACTIONS POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

Des besoins objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies

- Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23% et 0,84 %². Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20³.
- L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de 91,7/10⁵ en milieu carcéral *versus* 8,9/10⁵ d'incidence nationale).
- Le handicap est fréquent : avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus fréquentes en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition. Près d'un détenu sur 10 a besoin d'une aide en raison d'un problème de santé, 7,6% des personnes détenues *versus* 6,7% des personnes « libres » bénéficient d'une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité⁴. un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensés⁵.
- La mortalité par suicide est très élevée à 19/10000 détenus en 2008, les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans⁶. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicides est en augmentation de 109 en 2008 à 115 en 2009⁷. Le calcul du taux de suicide chez les personnes détenues pose toutefois des problèmes méthodologiques.⁸
- Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psychoactives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope)⁵, 30% des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool³.
- La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution orale est en augmentation constante ; 2 % en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001, 6,6% en 2004 et 11% en 2006⁹.
- La couverture vaccinale est mal connue, selon l'étude de la DREES 2003 seuls 3 entrants sur 10 déclarent avoir eu une vaccination HBV complète.

² Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Institut national de veille sanitaire. Mai 2010.

³ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

⁴ Désesquelles Aline. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Première ; 854 ; juin 2002 ; 4 p http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf

⁵ source DAP

⁶ Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°462 ; décembre 2009

⁷ Chiffres clés 2009 Perspectives 2010.

⁸ Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés. INED, Décembre 2009

⁹ Enquête *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, réalisée au 2^{ème} semestre 2006

- Enfin la santé mentale des personnes détenues est particulièrement fragile avec une estimation de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale)¹⁰.

Des besoins de santé liés aux caractéristiques sociodémographiques

Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des détenus avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des détenus se déclaraient illettrés¹¹. En 2008, 10,2 % des détenus étaient en situation d'illettrisme. Cette population avait, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération¹².

À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire, 5 % sont sans abri. Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des détenus suivaient en prison un enseignement du premier degré¹³.

Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique¹⁴) peuvent présenter des besoins liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

Des besoins de santé en lien avec l'impact de l'incarcération

Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des entrants en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.

Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition¹⁵ (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psycho actifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que mentale.

Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (octobre 2000) a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment pour les mineurs et les cas d'automutilation à répétition.

¹⁰ CEMKA-EVAL – Décembre 2004 – Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral

¹¹ Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première ; 706 ; avril 2000 ; 4 p. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

¹² Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats ; n° 386 ; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

¹³ La santé et la médecine en prison. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°94.

¹⁴ Source : Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2009, Direction de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

¹⁵ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) 2004

La mortalité par suicide est très élevée ; 19/10 000 détenus en 2008. Les personnes détenues se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans¹⁶.

Les données récentes montrent une augmentation des actes auto agressifs dans les établissements pénitentiaires : 2 599 tentatives de suicides et 2 426 automutilations ont été comptabilisées en 2009 (contre respectivement 1 699 et 2 187 en 2008). Les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé concernent principalement les maisons d'arrêts.

Des besoins croissants compte tenu de l'évolution démographique

L'impact du vieillissement progressif de la population carcérale sur son état de santé justifie d'être étudié. Au 1^{er} janvier 2010, 7 677 personnes détenues (11,6 %) avaient plus de 50 ans dont 2 356 plus de 60 ans¹⁷ (3,2 % en 2002 et 1 % 10 ans plus tôt).

On peut en effet estimer que cette tendance génère des besoins dans le domaine de maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc.), majorés par les consommations (alcool tabac).

Les besoins de santé spécifiques de certains groupes, bien que peu représentés en proportion, tels ceux propres aux mineurs et aux femmes détenues, nécessitent d'être pris en compte. Concernant les mineurs, s'il n'existe pas d'étude particulière sur leur état de santé, l'étude INSERM « la santé des jeunes de 14 à 21 ans pris en charge par le secteur public de la PJJ » montre que leurs parcours sous mandat judiciaire cumulent un certain nombre de caractéristiques.

¹⁶ Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés ; n°462 ; décembre 2009

¹⁷ DAP chiffres clés www.justice.gouv.fr

LES GRANDS PRINCIPES RETENUS

Trois grands principes président à la rédaction de ce plan.

Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soin que la population générale.

Ce principe, fondement de la loi du 18 janvier 1994, est réaffirmé dans la loi pénitentiaire¹⁸ en son article 46.

« La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ».

Les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral.

Parmi les différents plans de santé publique, on distingue :

- Ceux que l'on peut citer pour mémoire car déjà mis en œuvre au bénéfice de la population carcérale (Tuberculose, etc.),
- Certains plans existants pour lesquels il convient de renforcer la cohérence avec cette population (exemple : santé de jeunes),
- Les plans relevant de thématiques et incluant la prise en charge de ces personnes (stratégie nationale d'actions face au suicide, plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, hépatites, VIH/IST...),
- Enfin les plans ne traitant pas de cette population mais dont les mesures doivent s'appliquer à celle-ci (cancer, qualité de vie des maladies chroniques....).

Le ministère de la Justice s'est par ailleurs engagé dans une politique ambitieuse de prévention du suicide, marquée notamment par la diffusion le 15 juin 2009 du plan de la Garde des Sceaux.

La prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de la santé.

À ce titre, ils participent à la démarche d'insertion. La poursuite des soins et des actions de prévention est préparée avant la sortie de détention.

Par ailleurs la loi du 4 mars 2002 confortée par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, (Article 720-1 du Code de Procédure Pénale) a institué un dispositif prévoyant la possibilité d'une suspension de peine pour raison médicale qu'il convient de respecter. Un bilan de ce dispositif sera proposé au décours de l'exécution du plan.

LES PRIORITÉS

Ce plan s'inscrit dans un contexte d'amélioration de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Il tient compte de la nouvelle politique pénale initiée par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 concernant notamment les nouvelles modalités d'aménagement de peine.

¹⁸ Loi n°2009 -1436 du 24 novembre 2009

Il repose en grande partie sur un socle de mesures déjà en cours mais qu'il convient pour beaucoup, de consolider, pour certaines d'en assurer l'application et pour d'autres d'en adapter la mise en œuvre.

Les six axes proposés ont pour objectif d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition en mettant l'accent prioritairement sur cinq mesures phares qui concernent :

- Le renforcement d'une politique de prévention du suicide concerté entre les différents intervenants,
- Le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé,
- L'accessibilité des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé,
- L'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires,
- Enfin la définition des modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagement de peine.

Ces cinq mesures phares retenues feront l'objet d'un suivi plus particulier.

Son élaboration a été pilotée par le ministère de la santé et des sports avec le concours du ministère de la justice et des libertés.

Sa préparation, coordonnée par le directeur de projet en charge de cette mission, associe les directions d'administration centrale concernées (Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP Santé), et un conseiller général des établissements de santé.

DISPOSITIF DE PILOTAGE ET D'ÉVALUATION

I- Le pilotage de la mise en œuvre du plan

Il est assuré par le comité interministériel.

Ce comité est composé des membres suivants ;

- Le directeur général de l'offre de soins ou son représentant
- Le directeur général de la santé ou son représentant
- Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant
- Le directeur général de la cohésion sociale ou son représentant
- Le directeur de l'administration pénitentiaire ou son représentant
- Le directeur de la protection judiciaire de la jeunesse ou son représentant
- Le directeur des affaires criminelles et des grâces ou son représentant

Ce comité se réunit au moins une fois par an. Outre les missions qui lui sont dévolues, Il aura également en charge le suivi de la mise en œuvre des mesures du plan. Pour ces questions seront invités le directeur de l'INPES ou son représentant, le directeur de l'InVS ou son représentant, et le directeur de l'ASIP Santé ou son représentant et un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et les parties prenantes.

Il s'appuiera pour assurer ce suivi sur le rapport présenté par le directeur de projet chargé de l'animation du comité de pilotage mis en place au sein du ministère de la santé et des sports.

Il pourra proposer des adaptations tenant compte de l'évolution du contexte. Il établira tous les ans un état des lieux qui sera remis aux ministres concernés.

II- Le suivi des actions du plan

Le ministère de la santé et des sports assure le suivi des actions de ce plan et met à cet effet en place un comité de pilotage (COFIL) associant l'ensemble des directions concernées (direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction générale de la santé (DGS), direction de la sécurité sociale (DSS) direction générale de la cohésion sociale (DGCS), les agences « santé » y participant (l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) l'institut de veille sanitaire (InVS), l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP santé) ainsi que les directions du ministère de la justice et des libertés (direction de l'administration pénitentiaire (DAP), direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG).

Ce COFIL est spécifiquement chargé :

- de suivre la mise en œuvre des actions du plan, notamment à l'aide des indicateurs définis pour chacune de celles-ci. À ce titre il s'assure de la collecte des données nécessaires au suivi des indicateurs auprès de chaque pilote d'action,
- d'identifier les difficultés rencontrées par les pilotes d'actions dans la mise en œuvre de celles-ci,

- de préparer le rapport à remettre à la commission interministérielle tous les quatre mois,
- de préparer le rapport annuel.

III- La concertation du plan

Un comité de suivi, associant le comité de pilotage et les parties prenantes, est mis en place par le ministère de la santé et des sports. Il se réunit au moins deux fois par an. Il constitue un espace de concertation. Il a pour mission de contribuer à une analyse régulière de l'état d'avancement du plan et de proposer, le cas échéant, des ajustements.

IV- L'évaluation du plan

L'évaluation du plan est placée sous la responsabilité du ministère de la santé et des sports.

Plan d'actions stratégiques

Prise en charge sanitaire des personnes détenues

2010-2014

6 axes, 18 mesures et 40 actions

6 AXES

Connaissance de l'état de santé

2 mesures – 4 actions

► Améliorer la connaissance de la santé des personnes détenues permettant d'adapter les politiques de soins à mettre en place.

Mesures 1 à 3

Prévention/Promotion de la santé

5 mesures – 14 actions

► Renforcer la prévention et la promotion de la santé au bénéfice de cette population tenant compte de ses caractéristiques particulières

Mesures 4 à 7

Accès aux soins

6 mesures – 13 actions

► Garantir à chaque personne détenue le même accès aux soins que pour la population générale

Mesures 8 à 13

Dispositif de protection sociale

2 mesures – 4 actions

► Assurer à cette population un accès aux droits sociaux conforme à la réglementation

Mesures 14 à 15

Formation

2 mesures – 4 actions

► Assurer à tous les professionnels de santé une formation adaptée à leur exercice professionnel

Mesures 16 à 17

Hygiène, sécurité et salubrité des établissements pénitentiaires

1 mesure – 1 action

► S'assurer du respect des normes et des règlements relatif aux conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité

Mesure 18

5 MESURES PHARES

AXE - PRÉVENTION/PROMOTION DE LA SANTÉ

Mesure 3 : *renforcer la prévention du suicide*

- **Poursuivre une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants**

Mesure 5 : *Agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues*

- **Favoriser une dynamique pour le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé**

AXE - ORGANISATION DES SOINS

Mesure 8 : *Réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale*

- **Permettre l'accès des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé et s'assurer du suivi de ceux-ci à la sortie.**

Mesure 10 : *Améliorer l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires de prise en charge des personnes détenues*

- **Assurer les conditions nécessaires à une meilleure coordination des dispositifs de prise en charge sanitaire**

AXE - DISPOSITIF DE PROTECTION SOCIALE

Mesure 13 - *Clarifier l'accès aux droits des personnes détenues*

- **Définir les modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagement de peine**

MESURES DU PLAN PAR AXE

1. AXE I - CONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

1.1. Mesure 1 : mettre en place un système national d'informations stratégiques permettant le pilotage des politiques mises en œuvre et intégrant des données d'activités et un suivi épidémiologique de la santé des personnes détenues

1.1.1 Action 1.1 : Définition d'un corpus commun de données pour un dispositif de surveillance de la santé des détenus incluant des indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques, de la santé mentale et des maladies infectieuses

1- Éléments de Contexte

La loi du 18 janvier 1994 a profondément modifié le paysage de la prise en charge sanitaire de personnes détenues en les intégrant au système de santé de droit commun. L'arrêté n° 191 du 10 août 1994 prévoyait également la mise en place d'un système de remontée d'informations sur la santé des personnes détenues et définissait le type d'informations médicales devant faire l'objet d'un recueil systématique (données sociodémographiques, résultat de l'examen médical d'entrée, données relatives aux consultations médicales ultérieures, aux hospitalisations, aux prescriptions médicamenteuses et aux analyses biologiques).

Ce dispositif généralisé de recueil de données a été partiellement mis en place à ce jour. En conséquence, seules des enquêtes ponctuelles sur la santé des détenus ont été réalisées (enquêtes réalisées en 1997 et 2003 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur la santé des entrants ; étude mise en œuvre par Cemka-Eval en 2004 pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral). La lourdeur des dispositifs de recueil nécessaires à la réalisation de ces différentes enquêtes n'a pas permis de les reconduire. Il est ainsi très difficile à ce jour de pouvoir mobiliser des données actualisées sur la santé des détenus.

Ce constat étant fait, la question de l'élaboration d'un dispositif de surveillance de la santé des détenus reste entière. L'action proposée s'inscrit dans le contexte plus général du développement des systèmes d'information partagés en santé tels que menés par l'ASIP santé. Il s'agit de travailler, selon des modalités à préciser en lien avec les professionnels de santé et l'ASIP à la définition des données nécessaires à la mise en place d'un dispositif de surveillance de la santé des détenus (incluant des indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques, de la santé mentale et des maladies infectieuses)

2- Objectif

- Faire des propositions de données à recueillir dans le cadre du développement du système d'informations partagé relatif à la surveillance de la santé des détenus.

3- Description de l'action

- Analyse qualitative des pratiques de notification dans les dossiers médicaux des UCSA : visite d'une demi-douzaine d'établissements pénitentiaires choisis, de façon raisonnée, selon le type d'établissement (maison d'arrêt, centre de détention, centre pénitentiaire, maison centrale), le public accueilli (mineurs, hommes, femmes), la taille et les structures de soins existantes sur place (service médico-psychologique régional (SMPR) ou non ; ces visites comprendront un entretien avec les coordonateurs (et équipes) des UCSA et l'analyse qualitative sur place de trois à cinq dossiers médicaux
- Définition en lien avec les professionnels de santé et l'ASIP d'un corpus commun de données nécessaires au suivi de la santé des détenus

4- Acteurs

Direction pilote : InVS

Partenaires associés : DGS, DGOS, ASIP Santé, DAP, DPJJ

5- Calendrier

Le calendrier est conditionné à l'action 10.2 mené par l'ASIP

Début T2-T3 2011 (selon décision concernant le gel budgétaire)

Définition du 1^{er} Corpus de données à recueillir : fin 2011

Suivi des expérimentations ASIP de 10/2011 à 03/2013

1.1.2 Action 1.2 : mettre en place un observatoire des structures de santé des personnes détenues

1- Contexte

L'amélioration de la connaissance de l'état de santé des personnes détenues nécessite une bonne approche des caractéristiques médicales, sociales et démographiques et de prise en charge de ces personnes. De même une connaissance plus fine de l'activité et des modalités de fonctionnement des unités de prise en charge ambulatoires et hospitalières sont des éléments de nature à permettre l'amélioration des prises en charge, voire la réorganisation de ces structures.

Le constat aujourd'hui est celui d'un manque de données d'activité et épidémiologiques fiables voire d'une exploitation encore insuffisante de celles existantes ou de difficultés d'identification de cette population.

Plusieurs sources d'information existent : soit des bases de données nationales (PMSI, RIMP, SAE) soit des enquêtes plus ponctuelles pouvant être exploitées annuellement ou périodiquement ou issues des rapports annuels d'activités des unités de soins de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).

Le constat est également celui d'une faible informatisation de ces unités (50 %) pour l'amélioration de la prise en charge du patient et un recueil de données de qualité (cf. fiche 3.3.1).

2- Objectif

- Disposer au niveau national d'un outil de pilotage permettant de connaître et de suivre l'état de santé des personnes détenues et d'adapter les moyens.
Ce dispositif prendra en compte prioritairement les données d'activité notamment des unités de soins ambulatoires (UCSA) et hospitalières (UHSI, UHSA) mais devra s'articuler et pouvoir utiliser les données d'autres sources d'information existantes ou à venir (données épidémiologiques) y compris d'autres ministères notamment du ministère de la justice.
- Permettre aux agences régionales de santé (ARS) et aux établissements de santé de disposer d'un certain nombre d'éléments de connaissance de cette activité et de régulation à leur niveau.

3- Contenu de l'action

- Identifier les items pertinents à suivre au niveau national et les moyens de les recueillir. A titre d'exemple le recueil du nombre de tests de dépistage VIH permettra de suivre annuellement leur évolution au sein des UCSA.
- Identifier les sources d'information existantes pouvant utilement contribuer à alimenter cette base à exploiter annuellement ou périodiquement.
- Arrêter les études ou enquêtes ponctuelles à conduire.

La conduite de cette action impliquera directement les établissements de santé concernés mais également l'ensemble des partenaires contribuant déjà à ce type de recueil (Agence technique de l'information de l'hospitalisation [ATIH], direction de la recherche et des études statistiques [DREES], Direction de la sécurité sociale, etc..).

Un comité de pilotage associant l'ensemble des acteurs concernés suivra la mise en place de ce dispositif.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS,

Copilote : DGS

Partenaires associés : DREES, ATIH, InVS, INPES, DGCS, DSS, DAP, ASIP Santé

5- Calendrier

Mise en place du COPIL 2^{ème} semestre 2010
Finalisation 2012

1.1.3 Action 1.3 : améliorer la qualité des données sur le phénomène suicidaire en milieu carcéral

1- Contexte

Depuis plusieurs années, la prévention du suicide en milieu carcéral fait l'objet de recommandations et de programmes d'actions incluant l'accueil des personnes arrivant en détention, le repérage et la prise en charge des détenus à risque suicidaire, l'amélioration de l'accès aux soins depuis les quartiers disciplinaires où le risque de tentatives de suicide (TS) et de suicide est le plus élevé, et la formation du personnel pénitentiaire.

La fiabilité des données sur les TS survenant en milieu pénitentiaire pourrait être améliorée. En effet, les TS ne sont pas systématiquement notées dans les fichiers de renseignement des personnes détenues (fichiers GIDE) des établissements pénitentiaires. L'UCSA est avisée par les personnels pénitentiaires des actes auto agressifs survenus en détention, mais se pose le problème de la définition de la TS (tout comme en population générale), ainsi que celui du recensement de ces actes.

Concernant les décès par suicide, l'administration pénitentiaire dans le cadre des travaux de la commission centrale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires, tient le compte de ces décès pour la population pénale écrouée. De même, elle a fait des choix méthodologiques pour le calcul du taux de mortalité par suicide en prison. Plusieurs pistes d'amélioration existent cependant tant en ce qui concerne le calcul du taux de mortalité par suicide que pour le suivi de son évolution dans le temps par exemple : qualité et exhaustivité des données, problème de dénominateur, durée de sauvegarde des données sur l'ensemble des détenus (cf. étude INED¹⁹).

Cependant, une revue récente de la littérature portant sur une méta-analyse de 4 780 suicides en prison à partir de 34 études de pays occidentaux montre que les facteurs de risque médicaux et personnels sont ceux dont l'association avec le suicide est la plus forte. Il s'agit de l'idéation suicidaire, les antécédents de tentatives de suicide, un diagnostic psychiatrique, en particulier la dépression et la schizophrénie, une hospitalisation en psychiatrie lors de la détention, la consommation de psychotropes, de drogues et l'abus d'alcool.

Or, les données des dossiers médicaux ne sont pas informatisées et il n'existe pas de système de remontée des données des dossiers médicaux, même anonymisées.

Afin d'améliorer les connaissances sur le suicide en prison, une description des diagnostics associés au suicide pourrait être faite à partir des certificats de décès. Une évaluation préalable de la qualité du remplissage des certificats de décès par suicide en prison devra être effectuée et si celle-ci s'avère satisfaisante et comparable à celle des certificats de décès par suicide en population générale, une comparaison des diagnostics associés pourra être effectuée, en particulier en ce qui concerne les pathologies mentales et les addictions.

Les décès en prison font l'objet d'une saisine du parquet avec possibilité d'une demande d'autopsie.

2- Objectif

- Améliorer la qualité des données relatives aux tentatives de suicide dans la population des personnes détenues

¹⁹Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Khé Shon J.-L., Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens, Population et société, n°462, décembre 2009

- Améliorer la qualité des données relatives aux décès par suicide dans la population des personnes détenues

3- Contenu de l'action

Pour les tentatives de suicide : voir axe 1, mesure 1.1.1

Pour les décès par suicide :

Amélioration de la qualité des données sur le suicide en prison (InVS)

- Mise en place d'un groupe de travail entre les administrations « santé » et « pénitentiaire »
- Élaboration d'une fiche de recueil de données sur les suicides en détention,
- Élaboration d'un dispositif de remontée de données à des fins de surveillance épidémiologique.

Analyse descriptive des suicides en prison à partir des certificats de décès

- Évaluation de la qualité de remplissage des données des certificats de décès par suicide en prison et si cette qualité est satisfaisante, étude comparative des suicides en prison et ceux en population générale en ce qui concerne les diagnostics associés notés dans les certificats de décès, en particulier les pathologies mentales et les addictions. Selon les résultats, des études comparatives pourront être réfléchies.

4- Acteurs

Direction pilote : DGS

Copilote : InVS

Partenaire associé : DAP

5- Calendrier

2011

6- Liens avec les autres plans de santé publique

Plan national de prévention du suicide en cours de réflexion.

1.2. Mesure 2 : mener un programme d'étude et de recherche spécifique

1.2.1 Action 2.1 : réaliser une enquête sur la prévalence de l'infection à VIH, de l'hépatite C, et des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral

1- Contexte

En France, comme dans la majorité des pays d'Europe du Nord, les prévalences des infections par le VIH, le VHC et le VHB en milieu carcéral sont plus élevées qu'en population générale du fait d'une surreprésentation des usagers de drogues par voie intraveineuse en milieu

carcéral, population particulièrement touchée. La Mission Santé-Justice confirme ce constat dans son rapport de 2001 sur « la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral ». Il y apparaît que « *la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre et celle du VHC 4 à 5 fois supérieure* ». Si les usagers de drogues par voie intraveineuse sont les plus fortement touchés (par le biais du partage du matériel d'injection), les pratiques à risque au sein des établissements pénitentiaires exposent aussi les non injecteurs à la contraction de virus ou hépatites (rapports sexuels non protégés, pratique du tatouage et du piercing avec du matériel inadéquat, échange de rasoirs, brosses à dents...).

Bien que les données épidémiologiques disponibles au sujet des prévalences du VIH et du VHC dans le milieu carcéral en France soient parcellaires et présentent des limites méthodologiques, elles mènent au même constat : les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont une prévalence du virus de l'hépatite C supérieure à celle de la population générale, de même pour le virus de l'hépatite B. Par ailleurs, les prévalences pour le VIH et le VHC chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération sont plus élevées que chez ceux n'ayant jamais été incarcérés. C'est en tout cas ce qu'indiquent l'enquête ANRS-Coquelicot, menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 2004 ainsi que l'enquête " un jour donné " de la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DGOS) sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire et les premières données du Premier Observatoire en Prison de l'Hépatite C (POPHEC).

Quelques études épidémiologiques ont également décrit des cas de transmission du VIH et du VHC en prison. D'après le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE), « près d'un tiers des entrants en prison sont toxicomane. Les injections y surviennent dans un contexte de clandestinité qui n'est pas spécifique au milieu carcéral mais peut se trouver accentué et sont souvent l'occasion de pratiques de partage du matériel et de réutilisation des seringues. De plus, tatouage et piercing sont fréquemment pratiqués en prison dans le non respect des règles élémentaires d'hygiène ».

Le contexte particulier dans lequel peuvent se dérouler les relations sexuelles ainsi que l'interdiction d'usage de drogues qui n'est pas spécifique aux établissements pénitentiaires posent des problèmes d'organisation de la réduction des risques. Par ailleurs, les mesures de prévention connaissent des inégalités d'application.

Entre 1988 et 2003, l'enquête DGS-DGOS réalisée en prison portait sur des données agrégées et ne permettait pas d'avoir accès réellement à des données de prévalence fiables en milieu pénitentiaire.

2- Objectif

Estimer la prévalence du VIH et du VHC, et des traitements de substitution en milieu carcéral et connaître l'état de la prise en charge médicale des personnes atteintes en vue de proposer des recommandations sanitaires.

3- Contenu de l'action

L'enquête comprend deux volets :

- 1) Une enquête de prévalence du VIH, VHC et des traitements de substitution en milieu carcéral à partir d'un questionnaire permettant de recueillir via les UCSA des données issues du dossier médical de 2.100 personnes détenues tirées au sort, dans 27 établissements pénitentiaires également tirés au sort.
- 2) Une enquête sur l'offre de soins vis-à-vis du VIH et des hépatites virales (dépistage, vaccination, traitements et traitements de substitution aux opiacés, soutien aux

malades) via un questionnaire adressé à toutes les UCSA d'établissement pénitentiaire (au nombre de 187 en mai 2010).

4- Acteurs

Pilote : DGS- InVS

Partenaires associés : DAP- DGOS

5- Calendrier

2^{ème} semestre 2010

Résultats 2011 pour le volet offre de soins et 2012 pour l'enquête de prévalence.

6- Liens avec les autres plans de santé publique

- Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012
- Futur plan national de lutte contre le VIH/IST 2010-2013

2. AXE II - PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

2.1. Mesure 3 : renforcer la prévention du suicide en détention

2.1.1 Action 3.1 : renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions

1- Contexte

En France, on estime que les personnes détenues décèdent par suicide 5 à 6 fois plus que les hommes âgés de 15 à 59 ans en population générale.

La prévention du suicide en milieu pénitentiaire fait l'objet de préconisations depuis 1998 (Circulaire JUSE9840034C du 29 mai 1998 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires).

Sur la base des recommandations de la conférence de consensus d'octobre 2000 (« La Crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge ») la circulaire conjointe santé/justice du 26 avril 2002 a posé la base des actions de repérage, de formation pluridisciplinaires et de postvention nécessaires à la mise en œuvre d'actions conjointes de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires.

À la suite des recommandations du rapport de la commission Albrand sur la prévention du suicide en détention, notamment celles qui concernent la formation des personnels, le repérage du risque suicidaire et la protection des personnes détenues, un plan d'action a été publié par la Garde des Sceaux le 15 juin 2009. Certaines des actions proposées, mises en place dans un cadre expérimental, impliquent les professionnels de santé exerçant en détention.

Les mesures proposées seront intégrées dans le cadre de la programmation nationale de prévention du suicide en population générale en cours d'élaboration.

2- Objectif

- Améliorer la qualité des données sur le phénomène suicidaire en milieu carcéral (cf. axe I)
- Former les professionnels sanitaires, pénitentiaires et éducatifs au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire (cf. axe V)
- Évaluer de façon conjointe les mesures de prévention du suicide, notamment celles du plan d'actions de la Garde des Sceaux impliquant les services de santé afin d'harmoniser les pratiques de travail en commun.

3- Contenu de l'action

- Participation des professionnels de santé sur communication préalable de l'ordre du jour, au volet « prévention du suicide » des commissions pluridisciplinaires uniques. Les objectifs (repérage, définition d'une prise en charge adaptée et évaluation des mesures prises, étude de pistes d'amélioration) de ces commissions auront été préalablement précisés ainsi que les modalités de compte rendu. La nature et le

contenu des informations à échanger entre le personnel soignant, pénitentiaire et éducatif sont définis par les conclusions du groupe de travail portant sur le partage d'informations piloté en 2009 par la DGS ;

- Identification d'une personne référente « santé » par les ARS qui contribuera aux commissions interrégionales de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires ;
- Évaluation des actions conjointes de la politique de prévention du suicide et identification des axes de progrès et des bonnes pratiques, en partenariat avec la DAP :
 - État de lieux sur les pratiques en matière de postvention autour d'un cas de suicide
 - Construction d'une méthode d'évaluation et évaluation de la mise en œuvre des mesures ayant recours aux dispositifs de protection d'urgence (DPU) et aux cellules de protection d'urgence (CProU).
 - Mise en place d'une expérimentation visant à estimer la pertinence du recours formalisé à des co-détenus de soutien. Cette expérimentation fera l'objet d'une évaluation externe.
 - Élaboration de préconisations

4- Acteurs

Direction pilote : DGS

Partenaires associés : DGOS, ARS, InVS, DAP, DPJJ

5- Calendrier

- Évaluation des mesures : 2^{ème} semestre 2010
- Amélioration de la qualité des données: fin 2011, selon le résultat de l'étude de faisabilité

6- Liens avec les autres plans de santé publique

Nouveau plan national de prévention du suicide (projet)

2.2 Mesure 4 : évaluation de l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral

2.2.1 Action 4.1 : caractériser les difficultés d'application de la politique de réduction des risques pour en optimiser la mise en œuvre

1- Contexte

Le médecin responsable de l'UCSA veille conformément à l'article D.380 du Code de procédure pénale à l'observation des règles d'hygiène individuelle et collective au sein de l'établissement pénitentiaire. De ce fait, il agit en partenariat avec le chef de l'établissement pénitentiaire, responsable quant à lui 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.

Dans le cadre de la prévention des risques infectieux, il appartient au médecin de l'UCSA de s'assurer que les outils de prévention et de réduction des risques de transmission des maladies infectieuses sont mis à disposition des personnes détenues (eau de javel, préservatifs, gels, Traitements de substitution aux opiacés, traitement post exposition). Dans ce cadre, il veille à la continuité des traitements de substitution aux entrants en prison déjà « substitués » et à l'amélioration de leur prescription et dispensation en prison.

La présence en milieu carcéral de personnes cumulant des facteurs de risque de transmission des virus du VIH et des hépatites B et C, et les conditions de vie favorisent les risques de transmission virale dans divers contextes (voie sanguine par le partage de matériel pour l'usage de drogues, voie sexuelle, pratiques de modifications corporelles...)

La mission Santé/Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral a recommandé, en matière de réduction des risques (rapport 2001) :

- le développement des traitements de substitution (méthadone et buprénorphine haut dosage)
- la mise à disposition des préservatifs et de gels et d'eau de Javel, financés par l'administration pénitentiaire,
- des actions d'éducation pour la santé
- la mise en œuvre des traitements prophylactiques post-exposition.

L'expertise collective « Réduction des risques chez les usagers de drogue » réalisée par l'INSERM à la demande de la ministre de la santé et des sports a été rendue publique le 2 juillet 2010. Le groupe d'experts recommande que conformément aux recommandations de l'OMS, le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre soit appliqué. Il recommande par ailleurs, de pallier les carences constatées en France : distribution d'eau de Javel avec guide d'utilisation, accès aux préservatifs, prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements (sniff, tatouage, injections...), accès aux matériels stériles de RDR liés à la toxicomanie.

Des disparités existent entre UCSA et établissements pénitentiaires concernant la mise à disposition de ces moyens de RDR et la réalité de leur utilisation. Il importe de disposer de données concernant ces disparités pour améliorer la prévention du risque infectieux (VIH/VHB/VHC) chez les personnes détenues et pour proposer des mesures de RDR adaptées et applicables en détention, immédiatement ou après une phase expérimentale.

2- Objectif

Réaliser l'état des lieux de l'effectivité de l'application des mesures de réduction des risques (RDR) mises en place en milieu carcéral.

Actualiser les recommandations et créer des conditions favorables à leur mise en œuvre.

3- Contenu de l'action

- Première phase : réalisation de l'état des lieux

Les données issues des enquêtes en cours, d'une part, l'enquête PREVACAR (cf. Action 2.1) et d'autre part, celle de l'Agence nationale de recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS) Pri2de (Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus) devraient contribuer à cet état des lieux.

L'enquête PREVACAR apportera en effet des informations sur l'offre de soins vis-à-vis du VIH et des hépatites virales (dépistage, vaccination, traitements, soutien aux malades,

continuité de la prise en charge à la sortie) dans l'ensemble des UCSA grâce à un questionnaire « établissement » renseigné par le responsable de l'UCSA. Pour l'enquête Pri2de, elle permettra un recensement des mesures de réduction des risques et d'une évaluation de celles-ci.

- Seconde phase : réalisation d'une analyse et synthèse inter institutionnelle par les pouvoirs publics (DGS, DGOS, DAP...) sur les freins, disparités et bonnes pratiques ou initiatives intéressantes en matière de RDR
- Troisième phase : actualisation des recommandations de RDR

4- Acteurs

Pilote : DGS

Copilotes : DGOS, DAP

Partenaires associés: DAP, MILDT, ARS, COREVIH, DPJJ

5- Calendrier

État des lieux : Enquête PREVACAR (2010-2012)- Enquête Pri2de (2010-2011)

Analyse et synthèse : 2012

Actualisation des recommandations : 2012-2013

6- Liens avec plans de santé publique

- Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012)
- Plan national de lutte contre le VIH/IST 2010-2014
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies

2.3. Mesure 5 : agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues

2.3.1 Action 5.1 : réaliser un état des lieux des actions d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire

1- Contexte

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale prévoit la mise en place d'actions de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires. L'article R6112-20 du code de santé publique précise que « l'établissement public de santé coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire ». L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 stipule que « L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires ».

En application de ces textes, des actions d'éducation et de promotion de la santé sont réalisées chaque année à l'attention des personnes détenues. Ces actions étaient notamment financées par les groupements régionaux de santé publique (GRSP) et la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP). Au plan national la DAP et le ministère chargé de la santé disposent de données globales sur ces actions. Ces données confirment la réalisation de celles-ci dans tous les établissements pénitentiaires, mais ne peuvent apporter d'informations précises sur les

publics touchés, les caractéristiques des interventions, leur évaluation, le détail des opérateurs ainsi que les difficultés rencontrées par les établissements et les professionnels dans l'application de cette mission.

Il apparaît donc nécessaire, dans un objectif de renforcement de l'éducation et la promotion de la santé en milieu pénitentiaire, de réaliser un état des lieux détaillé.

2- Objectif

- Décrire les pratiques d'éducation et de promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires, les modalités du pilotage et de l'évaluation des actions menées ;
- Identifier les besoins et les difficultés des équipes pour mener à bien cette mission ;
- Utiliser les résultats pour orienter les stratégies visant à renforcer l'efficacité et la coordination des actions d'éducation et promotion de la santé et mettre à disposition des professionnels des outils adaptés.

3- Contenu de l'action

Recensement et caractérisation des actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé menées en 2009 en milieu pénitentiaire au travers de :

1. L'analyse des données issues des systèmes d'information existants ;
2. Une enquête exhaustive par questionnaire adressé à l'ensemble des UCSA et des établissements pénitentiaires portant sur les pratiques, les résultats et les difficultés rencontrées.

Les résultats de cette enquête feront l'objet d'un rapport de synthèse et de recommandations.

4- Acteurs

Direction pilote : INPES

Copilote : DAP

Partenaires associés : DGS, DGOS

5- Calendrier

Remise du rapport final en juin 2011

2.3.2 Action 5.2 : élaborer un référentiel d'intervention en éducation pour la santé et promotion de la santé en milieu pénitentiaire

1- Contexte

Il n'existe pas de document de référence sur les stratégies et interventions efficaces en éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire, hormis un guide publié par le comité français d'éducation pour la santé (CFES) en 1997, alors que de nombreuses interventions sur ce sujet sont mises en place sur l'ensemble du territoire. Or le contexte de l'incarcération et les trajectoires de vie des personnes incarcérées nécessitent une approche et

des programmes dédiés pour répondre au plus près de leurs besoins et de leurs caractéristiques.

La littérature scientifique sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire s'enrichit. Au plan international, l'OMS Europe, qui a mis en place en 1995 un projet « santé en prison » (WHO Health in Prisons Project - HIPP), a publié en 2007 un guide « Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health » qui intègre l'éducation et la promotion de la santé en prison. Des gouvernements européens élaborent des politiques de promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

2- Objectif

- Favoriser l'élaboration de stratégies d'interventions en éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire, fondées sur des données probantes et le partage d'expériences.
- Partager les connaissances avec les responsables des actions d'éducation et promotion de la santé et l'ensemble des acteurs dont les activités ont un impact sur la santé des détenus ou de leurs proches.

3- Contenu de l'action

Réaliser un référentiel d'intervention en éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Celui-ci concernera les stratégies d'éducation et de promotion de la santé reconnues comme efficaces ou prometteuses, les comportements dits à risques et les facteurs qui les influencent ainsi que les ressources utiles à leur conception, leur implantation et leur évaluation.

Ce référentiel sera basé sur une analyse de la littérature, des expériences internationales et des expériences de terrain.

Il tiendra compte des savoirs faire développés.

4- Acteurs

Direction pilote : INPES

Partenaires associés : DGS, DGOS, DAP

5- Calendrier

Publication du référentiel en octobre 2011.

2.3.3 Action 5.3 : favoriser les échanges de pratiques de prévention, d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire

1- Contexte

Les acteurs intervenant en milieu pénitentiaire sont multiples. Outre les personnels des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et des établissements pénitentiaires, d'autres professionnels et de nombreuses associations interviennent dans ce milieu. Des échanges entre professionnels existent au travers de colloques régionaux sur la santé en milieu

carcéral et des réunions nationales des associations professionnelles telles que celles des professionnels des UCSA et des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Néanmoins, le partage d'information et les rencontres avec des professionnels du domaine de l'éducation et de la promotion de la santé qui œuvrent dans d'autres milieux de vie restent occasionnels, ainsi que l'organisation d'échanges avec des professionnels d'autres pays. Aucune rencontre annuelle ne traite spécifiquement des stratégies et interventions en éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

2- Objectif

- Diffuser et actualiser les connaissances des intervenants en milieu pénitentiaire
- Favoriser les échanges de pratiques entre les personnels impliqués dans le milieu pénitentiaire et avec les autres acteurs de la promotion de la santé ;
- Permettre des rencontres et échanges avec des professionnels d'autres pays ;
- Valoriser les activités d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire réalisées en France et à l'international.

3- Contenu de l'action

Organisation d'une session « Éducation pour la Santé et promotion de la Santé en milieu pénitentiaire » au sein des Journées de Prévention de l'INPES.

4- Acteurs

Direction pilote : INPES

Partenaires associés : DGS, DGOS, DAP

5- Calendrier

La session aura lieu lors des journées de prévention de l'INPES mai 2011.

2.3.4 Action 5.4 : soutenir le développement de programmes d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire au travers d'expériences pilotes

1- Contexte

Comme rappelé précédemment, la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 prévoient la mise en place d'actions de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires, coordonnées par l'UCSA et favorisées par l'administration pénitentiaire.

L'action 5.1 de ce plan va recenser et caractériser les interventions en éducation pour la santé et en promotion de la santé mis en place dans les établissements pénitentiaires. L'élaboration d'un référentiel d'intervention en milieu pénitentiaire (action 5.2 du plan) facilitera l'élaboration et la mise en place de stratégies d'intervention adaptées dont l'efficacité est prouvée.

2- Objectif

- Agir sur les déterminants de la santé des détenus tant au niveau de l'environnement physique et social que des compétences individuelles.
- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies d'intervention en éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire, adaptées aux conditions locales, aux besoins identifiés et basées sur des données probantes et les acquis de l'expérience.
- Associer des équipes de recherche prêtes à s'investir sur la prévention et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire (notamment dans le champ de la psychologie et la sociologie de la santé)

3- Contenu de l'action

Mettre en place un soutien aux programmes d'interventions en région, de 3 ans minimum voire 5 ans, au travers d'expériences pilotes, afin de développer l'éducation pour la santé et la promotion de la santé en prison, ainsi que l'évaluation de ces programmes.

Identifier deux régions pilotes et lancer un appel à participation auprès des établissements pénitentiaires volontaires.

Le soutien aux programmes d'éducation pour la santé et de promotion de la santé veillera à :

- maintenir une approche globale de la santé, avec un travail les déterminants de santé, sur les représentations de la santé, les représentations des détenus, les conditions matérielles de mise en œuvre des comportements... ;
- inclure un dispositif de formation au niveau régional en articulation avec les pôles de compétences en éducation et promotion de la santé et les ARS ;
- mettre en place les actions en fonction des besoins et des attentes recensés par site et en cohérence avec les plans nationaux de santé publique ;
- impliquer des intervenants extérieurs tels que des magistrats, des associations, des enseignants, au sein du programme d'actions ;
- sensibiliser les proches et les familles des détenus et associations d'anciens détenus.

La sensibilisation de l'ensemble des personnels intervenant dans le cadre de la détention est indispensable à la mise en place d'un tel programme.

4- Acteurs

Direction pilote : INPES

Partenaires associés : DGS, DGOS, DAP

5- Calendrier

Ce programme sera développé de 2010 à 2013 :

Calendrier prévisionnel :

- 2010-2011 : Choix des régions pilotes et mise en place des comités de pilotage et lancement de l'appel à participation pour les établissements régions pilotes.

- 2011-2012 : Suivi de la mise en place des interventions et évaluation et identification des premiers éléments de transférabilité en préparation de la phase d'extension nationale.
- 2012-2013 : fin de l'évaluation des expériences pilotes et extension nationale en prenant en compte les résultats de l'évaluation.

6- Liens avec les autres plans de santé publique

Programme National Nutrition Santé (version 2) 2006/2010

Plan national de lutttes contre les hépatites B et C 2009-2012

Plan addictions 2007-2011

Futur plan national de lutte contre le VIH/IST 2010-2014

2.3.5 Action 5.5 : développer et adapter des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (dont IST) pour les personnes mineures détenues

1- Contexte

Les mineurs de moins de 13 ans bénéficient d'une présomption d'irresponsabilité, seules des mesures éducatives peuvent être prononcées à leur égard et leur détention est interdite.

Les mineurs détenus dans les quartiers pour mineurs des maisons d'arrêt ou dans des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) représentent 1,1 % de l'ensemble des personnes détenues, soit 669 personnes au 1er février 2010 (dont 40% condamnés et 60% prévenus).

Au 1er décembre 2007, 12,8 % de ces mineurs étaient âgés de 13 à 16 ans non révolus (+ 8 % par rapport à 2005). 87 % ont la nationalité française. La durée moyenne d'incarcération reste située autour de deux mois et demi, toute détention confondue.

Les données chiffrées de l'annuaire statistique du conseil de la justice (2003 et 2004) ont montré une augmentation des condamnations pour viols et délits sexuels commis par des mineurs entre 1997 et 2002. Dans les deux cas, il existe une forte prédominance masculine, voire une représentation quasi exclusive pour les viols.

Concernant la santé des personnes mineures incarcérées, l'enquête DREES de 2003 portant sur la santé des personnes entrées en prison en 2003 relevait une probabilité limitée de contamination par des maladies virales liée à la toxicomanie. Seuls 1 % des mineurs entrant en prison déclaraient en effet avoir déjà utilisé de la drogue par voie intra-veineuse au moins une fois dans leur vie (contre 6,5 % pour l'ensemble des entrants en prison) et aucun ne déclarait une séropositivité pour le VIH, le VHB et/ou le VHC. Enfin, en 2003, près du quart des mineurs nouvellement incarcérés déclarent une vaccination complète contre l'hépatite B contre environ un tiers en 1997. Ce recul, est probablement à rapprocher de la baisse globale de la vaccination observée au cours des années quatre-vingt-dix. Cependant, compte tenu du petit nombre de mineurs entrant en prison, les évolutions constatées entre 1997 et 2003 n'apparaissent pas, pour la plupart, statistiquement significatives.

L'enquête INSERM/PJJ de 2004 a permis quant à elle d'avoir une représentation de l'état de santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la

Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Celle-ci montre que les mineurs sous main de justice accueillis à la PJJ (hors mineurs détenus) manifestent une initiation à la sexualité plus précoce : 77% des jeunes enquêtés de 16 ans et près de 85% de ceux de 17 ans ont eu au moins un rapport sexuel. En outre, on note chez ces mineurs, une consommation plus importante de produits psycho-actifs que les adolescents de la population générale (en dehors de l'alcool), tels que le tabac, le cannabis, l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne... Ces habitudes de consommation peuvent également les inscrire dans des conduites sexuelles à risque.

Au vu de ces constats, il convient de travailler sur les représentations des mineurs détenus, sur le rapport fille/garçon, du respect de l'autre dans les relations affectives et sexuelles, sur l'orientation sexuelle, d'informer sur les IST, sur la contraception et l'IVG, des contextes à risque (prise de substances, violences..).

Intervenir auprès des mineurs (filles et garçons) placés sous main de justice (y compris ceux qui sont détenus) sur le sujet de l'éducation affective et sexuelle et la prévention des risques liés aux pratiques sexuelles et aux grossesses non désirées (contraception/IVG), est un axe prioritaire du contrat-cadre conclu entre la DPJJ et la DGS, qui doit être décliné à l'échelon territorial. Ces sujets touchant à l'intime, requièrent une approche adaptée pour des jeunes sortis du système scolaire et qui ont des difficultés à les aborder.

Tout comme pour les adultes, chaque mineur doit bénéficier dès son incarcération d'un examen médical d'entrée et des actions de prévention et d'éducation à la santé sont programmées dans leur emploi du temps quotidien.

Ces actions visent à leur permettre, grâce à un accompagnement individuel ou collectif, de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité. Ces actions sont coordonnées par le médecin de l'UCSA avec tous les acteurs concernés (éducateur Protection judiciaire de la Jeunesse, personnels pénitentiaires, enseignants, associations intervenant en milieu carcéral...).

Enfin, il semble opportun d'enquêter spécifiquement le public des mineurs en détention (en quartier mineur ou EPM), sur leurs connaissances, attitudes, et comportements en matière de prévention des IST (dont le VIH) et sur leurs connaissances des risques liés aux pratiques sexuelles car, sauf à travers les résultats des deux études précitées, on ne dispose d'aucune données à ce sujet.

Le contenu et les modalités des séances d'information et d'éducation à la vie affective et sexuelle destinées aux mineurs placés sous main de justice pourront ainsi être adaptés pendant la durée du plan en fonction des résultats de cette étude.

2- Objectif

Garantir à tout mineur placé sous main de justice le bénéfice d'au moins une séance ou un module d'information et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (dont IST/VIH/grossesses non désirées) durant son séjour en détention .

Améliorer les connaissances sur les comportements et les connaissances des personnes mineures détenues (filles et garçons) en matière de prévention des IST (dont le VIH) et des risques liés aux pratiques sexuelles (dont le risque de grossesses non désirées pour les jeunes filles).

3- Contenu de l'action

- Développer des interventions adaptées aux personnes mineures détenues d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (dont IST) : mise en place par les UCSA, ou renforcement et adaptation aux besoins et spécificités des mineurs détenus, des interventions ou modules d'éducation à la vie affective et sexuelle à destination et en association avec les mineurs détenus;
- Réaliser une étude sociocomportementale (de type KABP²⁰) auprès des personnes mineures détenues, sur leurs connaissances, attitudes, pratiques et comportements en matière de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles. L'étude cherchera à faire un traitement différencié prenant en compte les filles et les garçons, notamment parmi les mineurs étrangers isolés et comprendre un focus sur les départements d'outre-mer (Réunion, Guyane, Guadeloupe et Martinique) en raison du taux d'incarcération des mineurs plus important dans ces territoires.

4- Acteurs

Direction pilote:	DGS, DPJJ
Copilotes :	DGOS, INPES, DAP, ARS, ANRS, INSERM
Partenaires :	PJJ, UCSA, associations spécialisées dans le domaine des IST/VIH, de la contraception et de l'IVG

5- Calendrier

2010-2014

2012 : Réalisation de l'enquête

6- Liens avec les autres plans de santé publique

Plan Santé des jeunes 16-25 ans

Stratégie d'actions en matière de contraception

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014

2.3.6 Action 5.6 : réduire et prévenir les risques infectieux liés à certaines activités et pratiques (coiffure, tatouage/piercing)

1- Contexte

Dans le cadre de la prévention des risques infectieux, il appartient au médecin de l'UCSA de s'assurer que les outils de prévention et de réduction des risques de transmission des maladies infectieuses sont mis à disposition des personnes détenues (eau de javel, préservatifs et gels, traitements de substitution aux opiacés, traitement post exposition). De ce fait, il agit en partenariat avec le chef de l'établissement pénitentiaire, responsable quant à lui 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.

²⁰ Knowledge, Attitudes, Practices, Behaviors

En dehors des risques de transmission des agents infectieux liés à l'usage de drogue, il existe d'autres risques de transmission liés à des pratiques ou activités, dont certaines sont exercées par les personnes détenues de façon clandestine. Une approche pragmatique de ces risques nécessite de les reconnaître et de repenser les interventions. Deux situations doivent notamment être étudiées : les activités de coiffure et les actes de modification corporelle (tatouage/piercing).

Les activités de coiffure

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues²¹ précise qu'il appartient à l'UCSA de conseiller, sous la forme d'un protocole écrit, la direction de l'établissement pénitentiaire sur les techniques et les produits à utiliser, notamment en matière de décontamination du matériel de coiffure. Cependant, aucun protocole national n'a été élaboré à ce jour pour guider les UCSA, voire aucune formation n'est organisée pour accompagner les personnes détenues affectées à cette tâche.

Les actes de modification corporelle (tatouage/piercing)

Il a été constaté par les intervenants en milieu carcéral que les pratiques de tatouage et piercing sont réalisées par les personnes détenues elles-mêmes, soit entre codétenus. Les personnes détenues utilisent à cet effet, sans précaution, pin's, aiguille à coudre ou un morceau de grillage. En Guyane, des détenus pratiqueraient la pose d'un Domino (implant sous cutané) sous la peau de la verge.

Dans une étude multicentrique européenne²², environ 20 % des prisonniers interrogés lors de l'étude déclarent avoir été tatoués en prison au cours de leur vie. En outre, cette pratique serait significativement plus élevée parmi les UDIV qui tendent à cumuler ainsi les risques infectieux (29 % chez les UDIV vs 16% chez les non-UDIV). En effet, quel que soit le pays considéré, les détenus concernés ajoutent n'avoir jamais utilisé de matériel à usage unique, ni recouru à des méthodes de désinfection correcte du matériel (eau chaude ou chauffage à la flamme).

Les personnes détenues qui recourent à ces pratiques s'exposent à des risques de transmission du VIH mais surtout des hépatites virales B et C voire d'autres complications infectieuses. Ainsi, des cas groupés d'infections cutanées, de type furoncles ou abcès cutanés, à Staphylocoque doré ont été déclarés récemment dans un centre de détention et la moitié des 10 personnes présentant cette infection avaient eu un tatouage dont 4 récemment.

Quelques expériences sont tentées dans certains établissements pénitentiaires pour limiter ces risques de transmission, en faisant appel à un tatoueur professionnel. Ces initiatives permettraient aux personnes détenues d'avoir accès aux mêmes règles d'hygiène et de sécurité que les personnes en milieu libre. Elles vont dans le sens de l'expertise collective INSERM sur la réduction des risques sur les usagers de drogues de juillet 2010 qui recommande de pallier les carences de la non prise en compte des risques liés à certains comportements en milieu carcéral (dont le tatouage).

²¹ Partie I-3.6.5 – Les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles dans l'établissement pénitentiaire

²² Epidémiologie de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, M. Rotily, A. Galinier-Pujol, R. Hajjar avec le Réseau Européen de Recherche sur la prévention du Sida/hépatites en milieu carcéral, Texte de la communication lors du premier congrès des médecins pénitentiaires, Nantes, Mars 1997.

La mise en place d'interventions de tatoueurs perceurs professionnels déclarés et formés, qui respectent des règles d'hygiène et de salubrité, en application des dispositions des décrets n°2008-149 du 19 février 2008 et n°2008-210 du 3 mars 2008 doit se concilier avec l'exigence de sécurité propre au milieu carcéral, en particulier l'interdiction de faire un usage abusif ou nuisible d'objets autorisés par le règlement intérieur (article D.349-3 10° du Code de procédure pénale).

2- Objectifs

- Réduire les risques de contaminations VIH/hépatites et autres infections liés aux pratiques de coiffure et tatouage/piercing
- Améliorer les connaissances des personnes détenues et des intervenants en milieu carcéral sur les risques infectieux liés à ces pratiques, les modalités de prévention et de réduction des risques et la conduite à tenir en cas de prise de risques
- Mieux connaître ces pratiques au moyen d'état des lieux ou d'études qualitatives
- Promouvoir et rendre accessibles les méthodes de prévention et de réduction des risques infectieux associés à ces pratiques

3- Contenu de l'action

Détail de l'action « Activité de coiffure » :

- Evaluation du risque de transmission du VIH et des hépatites par le matériel de coiffure (saisine du Haut Conseil de santé publique)
- Réalisation d'un état des lieux de l'organisation, des pratiques, et des besoins existants en concernant l'activité de coiffure au sein des établissements (matériel, personnel, protocole...)
- Elaboration d'un protocole national commun de décontamination du matériel de coiffure (actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues)
- Développement de programmes d'accompagnement des équipes (médicales et de coiffure) à la mise en œuvre du nouveau protocole

Détail de l'action « Les actes de modification corporelle (tatouage/piercing) » :

- Réalisation d'une étude sociologique sur les pratiques de tatouage et piercing en milieu carcéral avec un recensement de la littérature (dont expériences étrangères)
- Mise en place d'interventions des professionnels tatoueurs perceurs déclarés en préfecture et formés en milieu carcéral (élaboration d'une circulaire DGS/DGOS/DAP)
- Réalisation d'une étude de la faisabilité de la mise en place de matériel de réduction des risques en kit stérile pour le tatouage, le perçage et la mise en place de dominos

4- Acteurs

Direction pilote:

DGS, DGOS,

Partenaires :

DAP, INPES, ARS, INSERM, professionnels des UCSA et pénitentiaires/ professionnels du tatouage/piercing, associations de lutte contre le VIH/IST et de RDR

5- Calendrier

2011 :

Saisine du HCSP du risque de transmission du VIH et des hépatites par le matériel de coiffure
Constitution d'un groupe de travail pour établir l'état des lieux et la rédaction du protocole national commun Activité de coiffure
Circulaire DGS/DGOS visant à faciliter l'intervention en prison de tatoueurs perceurs déclarés et formés

2012 :

Etat des lieux des pratiques de tatouage et piercing (recherche sociologique) en prison

2013 :

Etude de faisabilité de l'expérimentation de matériel de réduction des risques en kit stérile pour le tatouage, le perçage

6- Liens avec les autres plans de santé publique

Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014

2.3.7 Action 5.7 : améliorer auprès des personnes détenues la prévention des risques liés à la sexualité et réunir les conditions du maintien d'une vie affective et sexuelle

1- Contexte

La privation de liberté entraîne *de facto* des limites à l'expression de la sexualité de la personne détenue. L'activité sexuelle des personnes détenues peut s'exercer de différentes façons (rapports sexuels consentis ou non). Les personnes détenues sont réticentes à faire part de ces situations qui revêtent un caractère intime, par pudeur, par crainte de sanction disciplinaire, stigmatisation, brimades, agressions...

Aucun texte du droit positif français n'aborde la question de la sexualité en prison, à l'exception de l'article D.249-2 (5°) du Code de Procédure Pénale, qui précise « *Constitue une faute du deuxième degré le fait pour un détenu, d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur* ». Cette disposition est conforme au droit pénal et n'est que la transposition d'une règle de droit applicable en milieu libre.

Cependant, la sexualité des personnes détenues est reconnue par les textes d'organisation de l'administration pénitentiaire. Ainsi, des parloirs familiaux et des unités de vie familiale (UVF) ont été créés en établissements pénitentiaires (au nombre de 31 pour les UVF)²³. Aucun contrôle des rapports sexuels n'y est exercé.

²³ Source *Projet de loi de finances pour 2010 : Justice : Rapport général n° 101 (2009-2010) de M. Roland du LUART, fait au nom de la commission des finances, novembre 2009. Actuellement, il existe 31 UVF, réparties dans 11 établissements pour peines. Entre 2009 et 2013, l'administration pénitentiaire prévoit d'ouvrir 41 UVF supplémentaires situées dans 14 établissements.*

L'administration pénitentiaire fournit également des préservatifs (et gels) mis à disposition des personnes détenues au sein des UCSA, des parloirs familiaux, des UVF, ainsi que lors de toute sortie ou à la libération. Dans la réalité, cet accès est insuffisant et très hétérogène entre les établissements (constats des inspections et état des lieux en Ile de France).

Dans le cas où l'activité sexuelle constitue une infraction pénale (rapport forcé), ou une faute disciplinaire (exhibitionnisme), l'administration applique les dispositions du code pénal et du code de procédure pénale. L'établissement fait ainsi systématiquement une information au Parquet en cas d'agressions à caractère sexuel.

Dans le cas où l'activité sexuelle ne constitue ni une infraction pénale, ni une faute disciplinaire, l'administration pénitentiaire poursuit un objectif de prévention des risques sexuels.

2- Objectifs

- Aboutir à la reconnaissance de l'intimité et de la sexualité des personnes détenues ;
- Améliorer la connaissance des personnes détenues sur la sexualité et la prévention des risques sexuels en développant les actions d'éducation pour la santé ;
- Améliorer la connaissance des intervenants en prison, y compris les membres des associations et les personnels sanitaires sur la prévention des risques sexuels (incluant l'accès au traitement post exposition) ;
- Permettre aux personnes détenues victimes d'une agression sexuelle de révéler l'agression dont elles ont été victimes et protéger les personnes les plus exposées à ces faits (personnes homosexuelles, personnes transgenres, personnes semblant l'être, personnes fragiles et isolées, personnes incarcérées pour des infractions à caractère sexuel) et être en mesure, si nécessaire, de proposer un encellulement individuel ;

3- Contenu de l'action

- Réalisation d'études quantitatives et qualitatives sur le vécu de la sexualité en prison
- Développement des séances d'information et de sensibilisation des personnes détenues (hommes et femmes) sur la sexualité, sur l'orientation sexuelle, les comportements sexuels et sur la prévention des risques infectieux lors de rapports sexuels
- Facilitation de l'intervention des associations et/ou des intervenants spécialisés auprès des personnes détenues dans le cadre du programme pluriannuel des actions d'éducation pour la santé mis en place par les UCSA et soutenu par les ARS.
- Formation du personnel des UCSA à aborder les questions de sexualité avec les personnes détenues et les sensibiliser au recueil de plaintes d'agressions sexuelles (mise en œuvre du Traitement post exposition- TPE- et d'un soutien psychologique)
- Information et sensibilisation des personnels pénitentiaires à ces questions
- Amélioration de l'accessibilité des préservatifs masculins, féminins, des gels et lubrifiants, des digues dentaires au sein des UCSA, dans les parloirs familiaux, les UVF, lieux de passage fréquentés par les personnes détenues, au moment de la sortie en permission et de la libération
- Mise en place de kits TPE d'urgence dans toutes les UCSA, de la formation des personnels soignants et pénitentiaires et de l'information des personnes incarcérées

4- Acteurs

Direction pilote:

DGS, DGOS,

Partenaires :

DAP, INPES, ARS, COREVIH, INSERM,
professionnels des UCSA et pénitentiaires/ associations
de lutte contre le VIH/IST

5- Calendrier

Immédiat

6- Liens avec les autres plans de santé publique

Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014

2.3.8 Action 5.8 : soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatite virale et du VIH/Sida

1- Contexte

La prévalence des maladies chroniques en milieu carcéral est mal connue en dehors de celle des infections par le VIH et les hépatites. Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC. Elles seront précisées par l'enquête PREVACAR (mesure 2.1).

Concernant les autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, broncho-pneumopathies chroniques, cancers, etc.), plusieurs facteurs avant et pendant l'incarcération laissent présager une fréquence relativement élevée ; ceux rencontrés en état de liberté comme les difficultés d'accès à la prévention et aux soins du fait des caractéristiques sociodémographiques et du poids de la précarité de ce public, les habitudes alimentaires, la consommation de tabac et d'alcool et ceux relevés au cours de la détention comme la consommation de tabac, l'alimentation, le manque d'exercice, et l'hygiène.

La situation sera précisée pendant la durée du plan (mesure 1.1 et 1.2, enquête UHSI).

En tout état de cause, les personnes détenues atteintes de maladies chroniques doivent pouvoir bénéficier des mêmes conditions de prise en charge que celles de la population générale et d'un soutien thérapeutique équivalent. La visite entrant doit permettre le repérage immédiat des personnes présentant une maladie chronique, dont une infection par le VIH et/ou hépatites, qu'elles soient sous traitement ou non, afin d'assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique. En effet, des ruptures de traitement liées à l'arrivée en détention sont signalées. Elles peuvent être engendrées par une forte crainte chez les personnes concernées de la rupture de la confidentialité et de la stigmatisation par leurs codétenus et les personnels pénitentiaires comme en témoigne les associations. Or, ces arrêts de traitement sont préjudiciables non seulement sur la réponse au traitement en cours, mais également sur les réponses aux séquences thérapeutiques ultérieures.

L'éducation thérapeutique est désormais inscrite dans la loi²⁴. Les agences régionales de santé (ARS) autoriseront des programmes d'éducation thérapeutique sur la base d'un cahier des charges en cours d'élaboration, les établissements ou associations pouvant en être les promoteurs.

Une circulaire aux ARS va préciser les modalités d'instruction de ces programmes et les priorités en termes de financement, a priori par pathologie (des priorités en termes de population pourront également être envisagées).

Des formations en éducation thérapeutique existent et sont d'ores et déjà proposées aux personnels hospitaliers via l'Association nationale de formation du personnel hospitalier (ANFH). Par ailleurs, d'autres formations courtes de type IPCEM sont organisées. Dans leurs différents appels à projets pour promouvoir l'éducation thérapeutique du patient en ville, la Caisse nationale d'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) retiennent un forfait de formation par professionnel de santé de 1.000 €.

Au-delà de l'éducation thérapeutique et en complément de celle-ci, il convient de prévoir et proposer les modes de soutien et d'accompagnement par l'intervention des associations.

Si certains aspects sont communs aux maladies chroniques invalidantes (éducation thérapeutique, besoin de soutien), les pathologies VIH et hépatites comportent des spécificités (maladie transmissible, stigmatisation).

Les associations intervenant dans certains domaines ont développé des savoir-faire qui pourraient être mutualisés vers d'autres associations ayant peu d'actions spécifiques en milieu carcéral.

La continuité des soins à la sortie doit également être préparée en amont et les structures d'accueil de droit commun pour ce type de prise en charge doivent pouvoir bénéficier à ces personnes.

2- Objectif

- Eviter les ruptures de traitement des personnes atteintes de maladies chroniques (en particulier VIH/hépatites) par leur repérage précoce lors de la visite Entrant et par l'aménagement de la prise journalière des médicaments dans les locaux de l'UCSA
- Améliorer l'observance des traitements,
- Mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique et adapter ces mesures au sein des structures sanitaires en milieu carcéral,
- Faciliter l'intervention des associations auprès des personnes concernées selon un référentiel commun d'action, sous la coordination des UCSA,
- Garantir la continuité des soins à la sortie de la détention (lien avec mesure 12.1),
- Améliorer l'articulation entre les différents acteurs du champ de l'action sociale (SPIP) et médicale (UCSA) afin de garantir la continuité des soins à la sortie de détention.

²⁴ Article 84 de la loi HPST et L. 1161-1 à 4 du CSP

3- Contenu de l'action

- Intégration de l'approche spécifique au milieu carcéral dans la circulaire aux ARS pour l'adaptation et l'extension des programmes à cette population selon un référentiel à préciser.
- Formation des personnels soignants dans le cadre des orientations nationales diffusées par l'Association nationale de formation du personnel hospitalier (ANFH).
- Actions locales visant à faciliter l'accès à ces formations et à développer des échanges de pratiques, intégration dans le programme de développement de l'ARS.
- Construction avec les partenaires associatifs et l'INPES d'un référentiel permettant le développement et l'amélioration de la qualité des interventions associatives en milieu carcéral
- Développement, soutien et évaluation des interventions associatives coordonnées et de qualité auprès des personnes atteintes d'hépatites ou de co-infections VIH-hépatites en milieu carcéral.
- Sensibilisation au niveau national (têtes de réseau) et régional des associations intervenant dans le champ des maladies chroniques.

4- Acteurs

Direction pilote : DGS

Copilote : DGOS

Partenaires associés : DAP, ARS, COREVIH, DPJJ

5- Calendrier

2011/2014

6- Liens avec les autres plans de santé publique

- Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012
- Futur plan national de lutte contre le VIH/IST 2010-2014
- Plan cancer 2009-2013
- Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

2.4. Mesure 6 : rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues

2.4.1 Action 6.1 : améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention

1- Contexte

La prévalence du VIH et des marqueurs d'hépatites B et C en milieu carcéral est plus élevée qu'en milieu libre.

En application de l'article D. 381 du code de procédure pénale, les médecins des UCSA réalisent un examen médical systématique pour les détenus venant de l'état de liberté, autrement dit la visite « Entrant ». L'article 53 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 a introduit une visite médicale pour toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération.

Le dépistage du VIH, du VHC et des IST (notamment syphilis) est proposé lors de la visite « Entrant ». Le dépistage des autres IST est proposé éventuellement en fonction du contexte clinique. Ces dépistages sont censés être renouvelés en fonction de facteurs d'exposition connus ou supposés (sexuels ou sanguins) ou sur demande de la personne. Dans la réalité, l'accès aux dépistages est variable, le taux de rendu des résultats n'est pas optimal, les procédures de proposition de renouvellement hétérogènes. Ainsi, selon l'enquête DREES de 2003 sur la santé des personnes entrées en prison, le dépistage du VHC avait été proposé par le médecin lors de l'examen d'entrée à 66 % des nouveaux détenus.

La réalisation du dépistage du VIH et des IST suppose 2 consultations médicales (l'une de diagnostic, l'autre de remise des résultats), des prélèvements, des sérologies (dans des laboratoires de biologie à l'extérieur), conditions qui ne permettent pas une répétition périodique en maison d'arrêt par exemple où la durée moyenne de séjour est très courte (80 % des personnes détenues séjournent un an ou moins en détention). L'entrée en établissements pour longues peines, après fréquentation d'une maison d'arrêt, constitue un bon motif pour renouveler un test de dépistage.

Il est souligné que, dans ses recommandations d'octobre 2009 sur les stratégies de dépistage du VIH, la Haute Autorité de santé préconise un dépistage du VIH ciblé et répété tous les ans pour les usagers de drogues ainsi qu'un dépistage en cours de détention. Par ailleurs, la HAS préconise un dépistage de la syphilis²⁵ systématique en milieu carcéral.

En ce qui concerne les hépatites, il est rappelé pour mémoire que le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2007-2011 (fiche 3-9) propose que les hôpitaux dotés de Fibroscan® interviennent en prison pour évaluer la fibrose hépatique. Aussi, il convient de faciliter leurs interventions pour rendre accessibles aux personnes détenues ces méthodes non invasives.

Bien que constituant une minorité de la population carcérale, les femmes, dans l'enquête DREES de 2003 sur les entrants en prison, apparaissaient davantage touchées que les hommes par le VIH et l'hépatite B (respectivement 3,8 % et 2 % contre 0,9 % et 0,8 % pour les hommes) et se déclaraient moins souvent que les hommes vaccinées contre l'hépatite B (un peu moins d'une sur cinq contre près d'un homme sur trois). Au regard de ces prévalences élevées, on peut supposer que la prévalence des autres IST, et notamment les Chlamydiae et les papillomavirus humain (HPV), est particulièrement élevée dans cette population. Par ailleurs, elles avaient été moins en contact avec le système de soins que la population générale. Ainsi, à peine un peu plus du quart d'entre elles avaient bénéficié d'une consultation gynécologique.

²⁵ Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France, mai 2007

2- Objectif

- Augmenter le nombre de personnes dépistées pour le VIH, les hépatites B et C, et la syphilis suite à la visite systématique « Entrant », « Sortant » et lors de l'entrée en établissement pour longues peines.
- Permettre l'identification des séroconversions VIH/VHC/VHB et des facteurs de risque de survenue de ces séroconversions en détention.
- Augmenter la couverture vaccinale VHB des personnes détenues (application du calendrier vaccinal).
- Proposer complémentirement aux femmes détenues un dépistage des chlamydiae et leur assurer un suivi gynécologique régulier.
- Rendre plus précoce l'accès à une prise en charge médicale consécutivement à ces dépistages.

3- Contenu de l'action

- Amélioration de la proposition systématique de dépistage du VIH, des hépatites B et C, et de la syphilis lors de la visite entrant et renouvellement de la proposition (à un mois d'intervalle) lorsque le test n'a pas été réalisé.
- Renouvellement de la proposition systématique de ces dépistages au cours de l'incarcération (au moins 1 fois par an), lors de l'entrée en établissement pour peines, ainsi que lors de la consultation de sortie.
- Faciliter l'accès aux méthodes non invasives de l'évaluation de la fibrose hépatique.
- Adosser, à partir des dépistages VIH/VHC/VHB d'entrée et de sortie de détention, un recueil des données pour évaluer le nombre de séroconversions survenues en détention, les facteurs de risque de ces séroconversions et pour définir des priorités d'actions pour réduire leur fréquence.
- Proposition complémentaire pour les femmes d'un dépistage systématique des chlamydiae et des papillomavirus humain (HPV) lors de la visite entrant.
- Actualisation des recommandations concernant le dépistage du VIH et des IST (circulaire et/ou actualisation du Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes détenues).

4- Acteurs

Direction Pilote : DGS, DGOS

Partenaires : InVS, UCSA, Centre hospitalier de rattachement, CDAG, COREVIH

5- Calendrier

2011-2014

6- Liens avec les autres plans de santé publique

- Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C (2009-2012)
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2007-2011
- Futur plan national de lutte contre le VIH/IST 2010-2014

2.4.2 Action 6.2 : améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention

1- Contexte

Les personnes détenues doivent avoir accès aux mêmes programmes de dépistage organisés des cancers que les personnes en milieu libre. Toutefois, cette organisation doit être adaptée aux multiples contraintes du contexte carcéral.

Le plan cancer 2009-2013 insiste sur une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction.

Dans chaque département, une structure de gestion du dépistage des cancers a pour missions²⁶ notamment la sensibilisation et l'information des professionnels et de la population, les relations avec les professionnels de santé concourant aux dépistages organisés, les médecins généralistes et spécialistes, les autres professionnels impliqués dans le dépistage.

A ce jour, ces structures ont peu ou pas connaissance du milieu carcéral.

La prévalence des cancers en milieu carcéral n'est pas connue, Le plan prévoit deux mesures qui devraient permettre d'améliorer la connaissance des prévalences des pathologies cancéreuses (étude de faisabilité InVS à partir des informations des dossiers médicaux pour mener des études de prévalence sur diverses maladies chroniques ainsi que l'étude de la morbidité et mortalité en UHSI.)

Les principaux dépistages à réaliser concernent :

► Le dépistage du cancer du col repose sur un frottis cervico-vaginal tous les 3 ans chez les femmes âgées de 25 à 69 ans. De façon optimale, ce frottis est réalisé par un médecin dans le cadre d'un bilan.

Il concerne 1857 femmes de 25 à 60 et plus soit 79,3% de cette population écrouées dans 53 établissements pénitentiaires (sur un total de 198).

D'après les seules données disponibles²⁷, les freins pour réaliser ce dépistage tiennent essentiellement au manque de personnels et de locaux adaptés :

- 20 % de ces établissements pénitentiaires n'offrent pas de consultation de médecin gynécologue au sein de l'UCSA, alors que le guide méthodologique les prévoit
- il n'est pas proposé de consultation en gynécologie pour les arrivantes dans 36 % de ces établissements pénitentiaires, et avant la sortie de prison dans 69 % des établissements.
- les dépistages du cancer ne sont pas assurés dans 9 % de ces établissements

► Le dépistage du cancer du sein comporte une mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans et concernerait donc 299 femmes soit 13,1% de cette population.

L'accès à la mammographie est à organiser par l'hôpital de rattachement.

²⁶ Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

²⁷ Enquête OIP 2007 auprès des 53 établissements

► Le dépistage du cancer colorectal concerne la population de 50 à 74 ans (soit environ 7000 (11%) personnes en milieu carcéral) mais ne semble faisable qu'en centre de détention (cellule individuelle, durée d'incarcération plus longue, population plus âgée).

D'après la seule expérience disponible²⁸, la population de référence est relativement importante (25 % de la population pénale de l'établissement a plus de 50 ans). Le dépistage a été proposé avec des adaptations locales, en particulier renforcement des explications, le taux de personnes dépistées est élevé : 86 % (50/58). La rentabilité reste à améliorer, 15 % d'examens sont à refaire, sans doute du fait d'explications insuffisantes, d'une mauvaise compréhension, du manque d'intimité en cellule notamment en maison d'arrêt. Deux tests se sont révélés positifs et ont débouché sur des coloscopies (un polype et un examen à refaire). Outre l'intérêt pour la personne détenue en termes de réduction de la mortalité, cette étude insiste sur le renforcement du lien de la personne détenue avec l'UCSA dans une démarche préventive.

Une montée en charge des dépistages doit organiser en parallèle le soutien et l'accompagnement des personnes en cas de résultats positifs par les personnels soignants et en lien avec les associations.

2- Objectif

- Permettre à toutes les femmes concernées de bénéficier d'un frottis de dépistage
- Améliorer l'accès aux mammographies dans le cadre du dépistage organisé
- Proposer le dépistage du cancer colorectal particulièrement en centre de détention et améliorer la faisabilité et l'acceptabilité

3- Contenu de l'action

- Poursuite de l'état des lieux : bilan des moyens des UCSA via l'observatoire (mesure 1.2) de l'accès aux frottis et aux mammographies.
- Sensibilisation des personnels en lien avec les services spécialisés
- Diffusion d'outils
- Mobilisation des structures de gestion pour une meilleure prise en compte de cette population particulière. Le principe d'une intervention sur ce thème lors de la rencontre annuelle organisée par la DGS avec l'ensemble des structures de gestion est d'ores et déjà retenu pour fin 2010. Un groupe de travail national pourrait être mis en place pour adapter les protocoles.

4- Acteurs

Direction Pilote : DGS

Partenaires associés : DGS, DGOS

²⁸. Dépistage du cancer colorectal à la centrale de Poissy : action d'éducation à la santé. E. Laplanche. F Cordonnier. Présentation au congrès UCSA Bordeaux 2010

5- Calendrier

2011-2013

6- Liens avec les autres plans de santé publique

Plan cancer 2009/2013

2.5. Mesure 7 : améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues

2.5.1 Action 7.1 : s'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure corrective

1- Contexte

Les personnes arrivant en détention ont, beaucoup plus fréquemment que le reste de la population, un mauvais état bucco-dentaire et un besoin de soins important en la matière. Leur séjour en détention peut être l'occasion de les informer sur leur besoin de soins, sur les comportements favorables à la bonne santé dentaire (hygiène, habitudes alimentaires, etc.) et de leur proposer la réalisation des traitements nécessaires.

Au-delà de l'enjeu de santé au sens strict (douleur, infection, inflammation, impact sur l'état général), il y a un enjeu psychologique et social (restauration de l'image de soi, meilleures conditions de (ré)insertion) qui ne doit pas être sous-estimé.

Actuellement, il semble que, dans la moitié des cas environ, l'examen bucco-dentaire ne soit pas systématiquement réalisé à l'entrée en détention ou réalisé dans de mauvaises conditions. Cette situation est liée pour une bonne part aux grandes disparités locales observées en termes de personnel (chirurgien-dentiste et assistant)²⁹.

2- Objectif

Informar les personnes détenues sur leur état dentaire, favoriser l'adoption de comportements (hygiène, alimentation, recours aux soins) favorables à la santé bucco-dentaire et leur permettre – si possible – d'entreprendre les soins nécessaires.

3- Contenu de l'action

Vérifier la réalisation de l'examen bucco-dentaire lors de l'examen médical approfondi d'entrée, et lorsqu'il est réalisé, s'assurer des bonnes conditions de sa réalisation (qualité du professionnel ayant réalisé l'examen, inscription dans le dossier médical des informations issues de cet examen, transmission des informations au chirurgien dentiste lorsqu'il n'a pas effectué lui-même l'examen, informations et conseils personnalisés au patient...).

Diffuser ces recommandations aux UCSA par voie de circulaire qui précisera ces différentes modalités de prise en charge pour l'amélioration de ces soins.

Vérifier l'application de ces bonnes pratiques notamment au cours d'inspections ponctuelles dans la poursuite du programme pluri annuel d'inspection réalisé entre 2006 et 2010.

²⁹ Enquête Daniel Oberlé-Pratiques en santé en 2008 sur 167 UCSA à la demande de la DGS

4- Acteurs

Direction pilote : DGS

Partenaires associés : DGOS, DAP

5- Calendrier

2010- 2014

2.5.2 Action 7.2 : améliorer l'équipement des cabinets dentaires d'UCSA en visant notamment la réduction du risque infectieux associé aux soins

1- Contexte

Bien que les trois quarts des UCSA s'estiment bien pourvues en termes d'équipement et de matériel, 23 % des UCSA considèrent que leur activité est limitée par des questions de matériel. En outre et surtout, le nombre de porte-instruments rotatifs (ou PIR, c'est-à-dire turbines et contre-angles) et d'inserts de détartrage était (au début 2008) insuffisant pour permettre, compte tenu du temps de stérilisation, de disposer d'instruments stériles pour chaque patient. Bien que la situation se soit améliorée après l'envoi par la DGOS et la DGS de deux lettres circulaires à ce sujet, il semble que la situation ne soit pas normalisée dans toutes les UCSA.

2- Objectif

- Réduire le risque de transmission croisée d'agents pathogènes entre patients, notamment vis à vis du virus de l'hépatite B (VHB) (cf. rapport de l'InVS sur le risque lié à la non-stérilisation des porte-instruments rotatifs).
- Permettre aux UCSA dont les conditions matérielles limitent l'activité de soins dentaires d'exercer dans de meilleures conditions en dispensant tous les soins nécessaires.
- Atteindre progressivement l'objectif de création d'un deuxième cabinet dentaire et d'installation d'un poste de radiographie panoramique dentaire dans les UCSA situées dans des nouveaux établissements accueillant plus de 600 détenus.

3- Contenu de l'action

Conduire un état des lieux au sein des UCSA, des mesures prises à la suite des lettres circulaires diffusées par la DGS et la DGOS en 2008 et de la situation actuelle.

Pour toutes les UCSA dans lesquelles la situation n'est pas encore normalisée, envoi aux établissements de santé de rattachement de directives adaptées.

Diffuser aux UCSA les fiches synthétiques concernant les recommandations nationales en matière d'hygiène et d'asepsie.

4- Acteurs

Direction pilote : DGS

Partenaires associés : DGOS, DAP, ARS.

5- Calendrier

2010-2012

* poursuite des actions engagées concernant la mise à niveau en petits matériels

* diffusion aux UCSA des fiches synthétiques concernant les recommandations nationales en matière d'hygiène et d'asepsie.

3. AXE III -ACCÈS AUX SOINS

3.1. Mesure 8 : évaluer la mise en place du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues

3.1.1 Action 8.1 : évaluer le dispositif d'offre de soins hospitaliers et définir les évolutions nécessaires.

1- Contexte

La prise en charge des hospitalisations pour raisons somatiques repose sur un schéma à deux niveaux, déterminé en deux phases :

- les chambres sécurisées, permettent la prise en charge des hospitalisations urgentes ou de courte durée (circulaire du 26 mars 2006);
- les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) assurent la prise en charge des hospitalisations programmées de 48 h et plus (arrêté du 24 août 2000, note interministérielle du 3 mars 2004).

La construction de 235 chambres sécurisées est en cours (76 chambres en 2010, 100 chambres en 2011).

L'activité au sein de ces structures voire la prise en charge de patients hospitalisés en dehors de ces chambres spécifiques est très mal connue actuellement, l'absence de codage spécifique ne permettant pas d'identifier ces patients.

Sept des huit UHSI prévues sont ouvertes. Les données d'activité disponibles font apparaître une relative homogénéité de fonctionnement avec des résultats préoccupants portant notamment sur des taux d'occupation insuffisants, de grandes disparités d'adressage de patients de la part des UCSA, voire des annulations d'hospitalisation pour des causes multiples et imparfaitement connues.

La situation en Ile-de-France, actuellement organisée autour de deux pôles (l'établissement public national de santé de Fresnes dont le principe de fermeture à terme est acté et une UHSI de 25 lits à la Pitié Salpêtrière) impliquera, dans ce cadre général, des études spécifiques afin de déterminer l'offre nécessaire en Ile-de-France à moyen et long terme et la répartition de cette offre.

2- Objectif

- Adapter le programme de déploiement des chambres sécurisées et définir les éventuelles évolutions tenant compte des données d'activité de celles-ci.
- Finaliser le programme de construction des UHSI et, sur la base d'une analyse du fonctionnement de celles-ci, incluant l'organisation des transports, définir les évolutions concernant en particulier :
 - leur territoire de ressort,
 - l'élargissement du type d'activité de soins autorisés (MCO/SSR),
 - les évolutions d'organisation afin de faciliter les coopérations entre les différentes unités (UCSA, chambres sécurisées, UHSI, etc.) intervenant dans le parcours de soins des personnes détenues,
 - et dans ce cadre, les nécessaires évolutions de l'offre de soins en Ile-de-France et les adaptations juridiques.

- Adapter le système d'information

3- Contenu de l'action

L'action portera en priorité sur la définition de critères d'analyse de suivi et d'évaluation de l'offre de soins en milieu hospitalier ainsi que de critères de suivi du fonctionnement des différentes unités.

- Ces études devront permettre à partir de données d'activité, d'approche populationnelle et de la prise en compte des évolutions de la population pénale du fait de nouveaux programmes immobiliers et des questions relatives aux transports, de statuer sur l'évolution possible du champ de compétence territorial.
- Elles devront permettre également, à partir de l'analyse de certaines données (durées de séjour et des pathologies observées..), d'envisager des évolutions possibles sur le type d'activité de soins autorisé notamment concernant des activités de soins de suite et de réadaptation aujourd'hui uniquement autorisées dans deux sites.

L'ensemble de ces analyses concourront à définir l'organisation de l'offre de soins hospitaliers en Ile-de-France, tenant compte des décisions d'ores et déjà prises et des évolutions juridiques possibles de ces structures.

Une mission conjointe associant l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) approfondira plus spécifiquement les raisons des difficultés constatées actuellement, celles-ci étant liées à des modalités de prise en charge qui, selon leur nature, relèvent de ministères différents (santé, justice, intérieur).

La mise en place d'un système d'information adapté devra permettre un suivi en temps réel de ces unités mais également de l'activité des chambres sécurisées. Ce système nécessite notamment la mise en place d'un codage spécifique.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Partenaire associés: ATIH, DAP

5- Calendrier

2010-2014

3.2. Mesure 9 : réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale

3.2.1 Action 9.1 : améliorer l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre de soins graduée

1- Contexte

L'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a été initiée dès 1986 par la création des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SMPR). La loi du 18 janvier 1994 a confirmé cette organisation généralisant le développement de prises en charge psychiatriques dans les UCSA des établissements pénitentiaires non dotés de SMPR.

L'évolution du cadre pénitentiaire, l'augmentation du nombre de personnes détenues et de leur demande de soins, imposent de revoir les organisations afin d'assurer à chaque personne détenue un égal accès à l'ensemble des prestations soignantes, soit sur place, soit dans un cadre de proximité, quel que soit son lieu de détention.

Les travaux relatifs à la définition d'une nouvelle organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire ont été conduits dans le cadre d'un comité de pilotage associant l'ensemble des partenaires.

2- Objectif

Permettre aux personnes détenues d'accéder à une offre de soins correspondant à leurs besoins

Définir au sein de chaque région une offre de soins psychiatriques graduée et lisible

3- Contenu de l'action

Les travaux conduits au cours de ces derniers mois ont permis de définir trois niveaux de soins incluant un niveau de proximité, un accueil en hospitalisation de jour au niveau régional, l'accueil en hospitalisation complète.

- Développer une offre de proximité dans les établissements pénitentiaires

Outre des activités de consultation, une prise en charge à temps partiel de type « atelier thérapeutique » ou « CATTTP » devra être systématiquement développée. Ce renforcement sera effectué en plusieurs phases. La première tranche doit permettre de couvrir l'ensemble des régions. Les agences régionales de santé (ARS) en partenariat avec les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) sont saisies de ce dossier afin de définir les conditions de montée en charge de cette organisation.

- Clarifier les missions d'hôpital de jour et des chambres d'hébergement

La systématisation du développement d'activités d'hôpital de jour au sein des SMPR a été actée. Un groupe de travail santé-justice a également élaboré un protocole de fonctionnement des cellules d'hébergement destinées à l'accueil de ces patients. La mise en place effective se fera sous l'égide des ARS en partenariat avec les DISP.

- Améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées dans des établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans l'attente de l'ouverture des UHSA.

Une fiche relative aux droits des patients détenus hospitalisés en établissements de santé a été rédigée. Sa transmission aux établissements de santé s'accompagnera d'un échange entre les établissements pénitentiaires et les établissements de santé lors de chaque hospitalisation de personne détenue sur la base d'une fiche de liaison élaborée par la DAP.

Une circulaire à paraître au cours du second semestre 2010 précisera ce dispositif. Chaque ARS devra prévoir la montée en charge de ce dispositif dans le cadre du PRSP.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS
Partenaires : DGS, DAP

5- Calendrier

Mise en place 2010/2014

3.2.2 Action 9.2 : accompagner et évaluer la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de la première tranche de construction

1- Contexte

La loi de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 a prévu la mise en place d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour prendre en charge l'ensemble des hospitalisations pour troubles mentaux des personnes détenues, avec et sans consentement.

Le programme de construction envisagé doit compter 705 places prévoyant deux tranches.

La première tranche (quatre unités de 60 places et cinq de 40 places, soit 440 places au total) sera achevée en 2012. La première UHSA (Lyon) a ouvert en 2010. Les projets de construction de Nancy, Toulouse, Rennes, Orléans et Paris ont d'ores et déjà été validés.

2- Objectif

Accompagner et évaluer la mise en place des UHSA de la première tranche de construction.

3- Contenu de l'action

Finaliser les constructions et assurer l'ouverture des différentes unités

Suivre les indicateurs permettant d'évaluer l'activité et de suivre la montée en charge de ces unités au regard des objectifs qui leur sont assignés

Ces indicateurs prennent en compte les éléments d'activité, financiers, logistiques et portent également sur le fonctionnement des dispositions transitoires mises en place dans l'attente de la finalisation du programme de construction (dispositifs dérogatoires concernant des populations spécifiques).

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Partenaires associés : DAP

5- Calendrier

2011-2012

3.2.3 Action 9.3 : préparer et accompagner la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de la seconde tranche de construction

1- Contexte

La loi de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 a prévu la mise en place des UHSA pour prendre en charge l'ensemble des hospitalisations pour troubles mentaux des personnes détenues, avec et sans consentement.

Le programme de construction envisagé inclut 705 places prévoyant deux tranches. Cette seconde tranche compte 265 places.

2- Objectif

- Arrêter les lieux d'implantation des projets de cette seconde tranche de construction
- Définir le calendrier prévisionnel
- Mettre en œuvre le programme (validation des projets, constructions...)

3- Contenu de l'action

- Définir les lieux d'implantation les plus adaptés pour les unités de la seconde tranche en fonction de critères spatiaux (accessibilité aisée, superficie suffisante, zone mal couverte par les premières UHSA), critères organisationnels (proximité d'un SMPR, d'un établissement pénitentiaire de rattachement) et de faisabilité (attractivité en termes de démographie médicale,...).
- Définir les éventuelles évolutions dans le fonctionnement des unités compte tenu des données issues de l'analyse des unités de la première tranche de construction.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Partenaire associé: DAP

5- Calendrier

2010 -2014

3.3. Mesure 10 : améliorer l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires de prise en charge des personnes détenues

3.3.1 Action 10.1 : donner des éléments de cadrage sur l'organisation des locaux et des équipements des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA/SMPR) et s'assurer de la fonctionnalité de ceux-ci

1- Contexte

Les locaux des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et des services médico psychologiques régionaux (SMPR) souffrent, pour une grande majorité d'entre eux, d'exiguïté et d'un manque de fonctionnalité. Cette situation a pour conséquence des conditions de travail difficiles qui impactent la qualité des prises en charge sanitaires des patients et sont souvent des éléments contribuant aux difficultés de recrutement du personnel soignant dont il convient de rappeler la notion de volontariat liée à cet exercice professionnel. Afin de pallier les carences constatées, un programme fonctionnel et technique portant sur l'organisation et l'aménagement des locaux des UCSA pour le programme immobilier à venir des nouveaux établissements pénitentiaires a été finalisé début 2010. Ce programme fonctionnel servira également de cadre de référence pour les rénovations à conduire.

Par ailleurs, les conditions d'exercice professionnel sur le plan matériel et équipement logistique sont très inégales d'un site à un autre, et dans certain nombre de cas ne sont que peu ou pas prises en compte par les établissements de santé.

L'immobilier relève de la compétence de l'administration pénitentiaire et les équipements sont de la responsabilité des établissements de santé de rattachement. Les UCSA comme les SMPR sont des unités hospitalières.

L'absence de certains équipements, voire le caractère obsolète de certains d'entre eux, est également un facteur contribuant à cette désaffection.

2- Objectif

Chaque UCSA et SMPR doit disposer de locaux adaptés et fonctionnels, et d'équipements répondant aux technologies similaires à celles des établissements de santé.

3- Contenu de l'action

- Établir un recensement régional de l'état des locaux des UCSA et SMPR et un ordre de priorité sur les nécessaires rénovations de certains d'entre eux. Cette action est à conduire au niveau régional par les ARS conjointement avec les directions interrégionales des services pénitentiaires. (DISP).

Dans le cadre du plan de réorganisation du dispositif de santé mentale, un certain nombre d'établissements pénitentiaires ont été identifiés comme étant prioritaires notamment pour permettre le développement d'activités thérapeutiques à temps partiel.

L'état des lieux à conduire au niveau régional et le plan de rénovation à mettre en place intégreront cette première réflexion. Ce plan inclura une hiérarchisation des opérations à conduire.

Le programme fonctionnel et technique arrêté début 2010 sera le cadre de référence pour les rénovations à conduire.

- Établir conjointement un état des lieux du niveau des équipements biomédicaux des UCSA tenant compte de la capacité des établissements pénitentiaires et de leur catégorisation. Celui-ci sera conduit par les ARS. Toutes mesures correctives seront prises à leur niveau.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Copilote : DAP

Partenaires associés : ARS, DISP

5- Calendrier

État des lieux 2010/2011

Programme de rénovation 2011/2014

3.3.2 Action 10.2 : doter les unités de soins, de consultations et de soins ambulatoires et hospitaliers, des outils informatiques nécessaires à la production de soins et à la collecte d'informations

1- Contexte

Les unités de soins, de consultations et de soins ambulatoires et hospitaliers pour personnes détenues sont des pôles ou unités fonctionnelles des établissements de santé de rattachement. A ce jour plus de 50% de ces unités ou services ne sont pas informatisés au détriment de la qualité de la prise en charge des patients et de la coordination des soins, du recueil des actes et des facturations.

L'absence d'informatisation de ces structures est de même un facteur contribuant à l'isolement de celles-ci vis-à-vis de leur établissement de santé et une source de désintérêt et de démotivation des personnels pour cet exercice professionnel.

2- Objectif

Chaque unité de soins, de consultations et de soins ambulatoires et hospitaliers destinée à prendre en charge des personnes détenues doit disposer d'un système d'information de production de soins correspondant aux besoins métiers des professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge coordonnée des patients détenus. Les modalités de mise en place du dossier médical informatisé du détenu, en application de l'article 54 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, seront définies dans cette perspective.

Par ailleurs, le système d'information doit être en capacité de fournir les informations utiles pour :

- aider à la régulation de l'offre de soins,
- répondre aux besoins de veille sanitaire et de recherche,

- participer à l'élaboration des indicateurs d'évaluation du plan « application loi pénitentiaire ».

3- Contenu de l'action

Première partie

S'assurer de l'équipement de l'ensemble des unités, de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et hospitalières.

Au niveau des infrastructures :

Application du protocole national cosigné par les directeurs de la DGOS et de la DAP le 27 mai 2009

Au niveau des applications :

Les établissements de santé auxquels sont rattachées ces unités déploient en cohérence avec la seconde étape :

- Leurs outils de facturation dans toutes les unités non encore équipées
- Leurs outils de production de soins (« dossier patient »), bureautiques, messagerie, accès intranet de l'établissement et accès internet.

Afin de dynamiser ce déploiement, les ARS établissent un plan de montée en charge des équipements de ces structures. L'objectif est d'atteindre 100% de structures dotées des équipements attendus fin 2011.

Seconde partie

Définition (en parallèle du point 1) d'un programme national de mise en place du système d'information cible des unités de consultations et de soins ambulatoires et hospitalières. Ce programme sera intégré dans l'espace sécurisé d'échange et de partage national des données de santé (dont l'un des composants majeur est le Dossier Médical Personnel), celui-ci incluant les prestations de télémédecine.

La réalisation de ce programme inclut :

- L'élaboration du schéma directeur à partir des études déjà réalisées, des besoins exprimés par l'ensemble des acteurs et des perspectives d'évolution des organisations.
- La mise en œuvre de projets et la désignation de régions pilotes en cohérence avec les autres actions du plan.
- Les modalités de sa généralisation.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Partenaires associés : ASIP

5- Calendrier

Diagnostic et besoins : 05/2011

Finalisation du schéma directeur : 09/2011

Expérimentation : de 10/2011 à mars 2013

Généralisation: fin 2014

3.3.3 Action 10.3 : mettre en place un plan de développement de la télémédecine

1- Contexte

La télémédecine constitue un facteur d'amélioration du plan de santé des personnes détenus en permettant une diminution des pertes de chance, une réponse adaptée dès le début de la prise en charge du patient grâce à un accès aux différentes spécialités de médecine, un gain de temps pour les professionnels de santé (diagnostics, dépistages...), une augmentation des échanges médicaux, une meilleure coordination ainsi que la diffusion de bonnes pratiques.

En effet, la télémédecine facilite l'accès à certaines spécialités particulièrement difficiles à faire intervenir au sein des établissements pénitentiaires et en retour contribue à rompre l'isolement des praticiens exerçants au sein des UCSA.

Elle permet également une meilleure continuité de prise en charge, concentrant la démarche en un seul lieu, facilitant le cas échéant la mise en commun des données.

Enfin, elle contribue à des économies substantielles tant en termes de temps de travail médical, paramédical et technique que de gestion des organisations : temps des extractions ou temps de déplacement des médecins, délais d'organisation, déplacements de personnes détenues ou des médecins (cf. étude de faisabilité parue en mai 2001)

L'article L.6316-1 du code de la santé publique, issu de la loi du 21 juillet 2010 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a conféré un véritable statut juridique à la télémédecine en la définissant comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Le projet de décret en cours vise à définir les actes de télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière ainsi que les modalités d'organisation et de financement de l'activité afin de faciliter son déploiement, qui reste aujourd'hui expérimental.

2- Objectif

Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues notamment par un meilleur accès aux soins spécialisés et une meilleure coordination.

Diminuer si possible le nombre d'extractions. Ce facteur doit être mesuré.

3- Contenu de l'action

- 1- Etablir un diagnostic des pratiques de télémédecine existantes dans les unités de soins de consultations et d'hospitalisation pour le premier semestre 2011.
- 2- Dans le cadre des instances pilotées par la DGOS, analyser et proposer un plan de déploiement au niveau local (unité de soins, établissement de santé de rattachement) et régional (établissements de santé, ARS)
Ces projets devront s'inscrire dans le cadre des projets d'établissement de santé concernés et le cas échéant des programmes régionaux de télémédecine.

3- Déploiement du dispositif pour l'ensemble des structures de soins

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Partenaires associés : ASIP

5- Calendrier

- 1) Diagnostic et besoins : 05/2011
- 2) Finalisation du schéma directeur : 09/2011
- 3) Expérimentation : de 10/2011 à mars 2013
- 4) Généralisation: fin 2014

3.3.4 Action 10.4 : évaluer et réadapter les modalités financières de prise en charge des soins aux personnes détenues

1- Contexte

Les modalités financières de prise en charge des soins aux personnes détenues sont le reflet d'un historique issu de la mise en place des structures et des différents modes de financement de l'activité hospitalière.

C'est ainsi que :

- Les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont financées, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) applicable au secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) par les tarifs de prestation et pour les surcoûts non couverts par ces derniers par la dotation mission d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC). Les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont financées pour la partie soins psychiatriques par la dotation annuelle de fonctionnement (DAF)
- Les Services médico psychologiques régionaux (SMPR) sont financés par la dotation annuelle de fonctionnement (DAF)
- Les UHSI et les chambres sécurisées, dans le cadre de la T2A applicable au secteur MCO, par les tarifs de prestation et pour les surcoûts non couverts par ces derniers par la dotation MIGAC.
- L'Établissement public national de santé de Fresnes (EPSNF) est financé par la DAF
- Les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) seront financés par la DAF
- Les actes effectués au sein des établissements hospitaliers de proximité sont financés par les tarifs de prestation.

Il est par ailleurs rappelé que l'Administration Pénitentiaire est redevable (loi du 18 janvier 1994) à l'égard des établissements de santé de la part ticket modérateur des tarifs de prestation (forfait hospitalier en cas d'hospitalisation ; ticket modérateur pour les hospitalisations et consultations).

2- Objectif

- Rappeler et vérifier la mise en place des modalités du financement par l'assurance maladie et l'administration pénitentiaire des soins aux détenus

- Evaluer le coût pour la santé de la prise en charge sanitaire des personnes détenues
- Faire évoluer le modèle de financement

3- Contenu de l'action

- Suivre l'application des règles de facturation par les établissements de santé
- Mettre en œuvre un suivi des coûts des soins aux détenus en comptabilité analytique
- Définir les nécessaires évolutions du modèle de financement

Il s'agit, sur la base d'une meilleure connaissance des coûts des soins aux détenus notamment en termes de comptabilité analytique, de rappeler à l'ensemble des acteurs les modalités de financement et de les faire, si nécessaire, évoluer. A ce titre, la modélisation et le calibrage des financements MIGAC devront être évalués et pourra être expertisé l'hypothèse d'un transfert dans l'enveloppe tarifaire de la part MIGAC.

Une réflexion sera conduite préalablement avec les établissements de santé et les acteurs en charge de la santé des personnes détenues.

Cette réflexion associera parallèlement la direction de l'administration pénitentiaire afin de mesurer les conséquences possibles de cette évolution.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Partenaires associés : DSS, DAP, DGS

5- Calendrier

2010-2012

3.4. Mesure 11 : conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisée pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) – (activité, financière...)

3.4.1 Action 11.1 : conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisée pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) – (activité, financière...)

1- Contexte

L'évolution du contexte législatif (loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs et loi 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental) a conduit à adapter le dispositif autour de trois objectifs : renforcer l'incitation aux soins et la prise en charge précoce des personnes incarcérées ; assurer les conditions d'une prise en charge adaptée durant l'incarcération ; préparer le relais au moment de la sortie et prévoir la continuité de la prise en charge.

Pour ce faire, l'administration pénitentiaire oriente dans la mesure du possible les personnes détenues condamnées à une infraction de nature sexuelle dans un établissement pénitentiaire adapté à la prise en charge sanitaire spécifique qu'implique la nature des faits commis. 22

établissements pénitentiaires ont donc été spécialisés, ces établissements comptant aujourd'hui une forte proportion de condamnés pour infraction à caractère sexuel. Les régions d'implantation de ces établissements élaborent des projets d'organisation et de prise en charge avec les professionnels afin d'assurer la mise en œuvre d'une offre de soins spécialisée.

2- Objectif

Offrir une prise en charge adaptée aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.

3- Contenu de l'action

Trois actions :

- Evaluation des projets médicaux : types de professionnels recrutés, modalités d'organisation, éventuels problèmes de locaux, type d'activité entamé (consultations individuelles ou séances collectives), comme sur celui de leur articulation avec les structures existantes en milieu ordinaire ;
- Définition d'un protocole avec la Direction de l'Administration Pénitentiaire concernant la mise en place de cette disposition dans les différentes régions et la coordination des actions des Ministères de la Santé et de la Justice au niveau national et régional
- Evaluation du fonctionnement du protocole notamment par le suivi des indicateurs de ressources et de résultats

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Partenaires associés : DAP

5- Calendrier

2010-2011

3.5. Mesure 12 : améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins (Application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 MILDT)

3.5.1 Action 12.1 : améliorer la coordination et l'articulation entre les différents intervenants concernés par la prise en charge des personnes détenues présentant un problème d'addiction

1- Contexte

Toutes les études montrent la forte prévalence d'addictions des personnes à leur entrée en détention. Compte tenu d'une part de l'ampleur des besoins de prise en charge et d'autre part des évolutions organisationnelles en cours (création des CSAPA notamment), le plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie a placé l'évolution de l'offre de prise en charge en addictologie pour les personnes détenues parmi ses objectifs des années à venir. En effet,

l'organisation actuelle a pu générer une dispersion des actions en raison de la trop grande diversité des intervenants qui a été source de difficultés dans le repérage comme la prise en charge des patients détenus. Cette multiplicité d'intervenants et ce faisant la dilution des responsabilités, font que les réponses fournies aux personnes nécessitant une prise en charge sont trop conditionnées par l'offre existant sur place et ne répondent pas toujours aux demandes exprimées, a fortiori aux besoins des personnes détenues. Une circulaire - en cours de rédaction – proposera des évolutions d'organisation.

2- Objectif

Les personnes détenues présentant un problème d'addiction doivent bénéficier durant la période de détention d'une prise en charge adaptée à leurs besoins.

3- Contenu de l'action

Il s'agit de redéfinir une organisation pertinente garantissant une prise en charge adéquate pour les différents types d'addiction. Pour ce faire, plusieurs rencontres se sont tenues, rassemblant des intervenants issus de la DGS, la DGOS, la DAP, la MILDT et des professionnels de terrain œuvrant dans les prisons et dans les structures spécialisées en addictologie. Un schéma organisationnel tirant parti de la présence des différents acteurs œuvrant sur le terrain (moyens propres à la prison, équipes de liaison et associations locales) et vérifiant le maillage géographique va être proposé par voie de circulaire, afin le cas échéant d'organiser les moyens de combler les manques. En conséquence, les textes portant sur le pilotage de la prise en charge des addictions seront revus et adaptés afin que la coordination de cette activité soit confiée aux UCSA (sauf dans le cas où un accord local attribue cette tâche à d'autres intervenants sanitaires locaux)

Un renforcement des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA) est à envisager. En outre, pour garantir l'action d'un acteur de terrain en matière de prise en charge à l'intérieur et hors la prison, il est proposé de renforcer de 0,5 ETP de travailleur social (sur la base de 187 établissements pénitentiaires hors EPM et centres de semi liberté), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui, se trouvant à proximité des établissements pénitentiaires, sont identifiés comme intervenant privilégié de cet établissement.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS (R4) et DGS (MC2)

Partenaires associés : DAP et professionnels de terrain

5- Calendrier

2011

3.5.2 Action 12.2 : proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne et développer les traitements de substitution à tous les établissements

1- Contexte

Depuis 1996, la substitution s'est imposée comme traitement des personnes dépendantes aux opiacés.

Selon les enquêtes DGOS/DGS réalisées dans la totalité des établissements en mars 1998, novembre 1999, décembre 2001 et février 2004 concernant les traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral, le nombre des personnes incarcérées en bénéficiant est en constante augmentation.

On passe ainsi de 2 % de personnes détenues ayant un traitement de substitution à 6,6 %. Par contre, le déséquilibre entre les deux traitements persiste avec une forte majorité de prescriptions de buprénorphine haut dosage (de 85%-15% en 1998 on passe à 80% - 20% en 2004) et ceci malgré la circulaire DGS/DGOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la primo prescription de méthadone® en établissement de santé qui a constitué une avancée permettant aux médecins intervenant en milieu pénitentiaire d'initialiser ce traitement.

Toutefois, l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral n'est pas homogène sur le territoire ne respectant pas les dispositions réglementaires visant à assurer aux personnes détenues la même offre de soins qu'en milieu libre.

Certaines UCSA offrent de manière large une substitution aux opiacés par la buprénorphine haut dosage et la méthadone®, d'autres ne proposent que la buprénorphine haut dosage. Enfin certains lieux de soins ne proposent aucune initialisation de traitement de substitution. Les indications des traitements de substitution sont bien codifiées. Leur prescription obéit à des règles précises en particulier pour la méthadone®.

2- Objectif

Les personnes détenues rencontrant un problème de consommation d'un produit licite ou illicite (drogues, alcool, médicaments) doivent bénéficier, durant la période d'incarcération et à la libération, d'une prise en charge adaptée qui passe par la mobilisation des services et des dispositifs afin d'améliorer l'accessibilité des soins.

3- Contenu de l'action

Il est nécessaire, dès l'entrée en prison, de repérer systématiquement les personnes ayant une consommation abusive ou une dépendance à un produit licite ou illicite, afin qu'une prise en charge ad hoc puisse leur être proposée.

En effet, des études montrent que la baisse ou l'arrêt d'un traitement de substitution fait augmenter les risques d'injection de drogue. C'est dire l'importance, voire la nécessité, de poursuivre ou d'initier un traitement de substitution en prison.

Les traitements de substitution doivent pouvoir être accessibles à tous les détenus dépendants qui en ont besoin au-delà de toute réticence idéologique.

Le guide de bonnes pratiques sur les traitements de substitution en milieu carcéral élaboré en 2002-2003 est en cours de révision. Il sera diffusé avant la fin de l'année 2010 dans tous les

établissements sanitaires en détention. Un accompagnement régional sur la base d'échanges de pratiques locales pourrait se mettre en place.

4- Acteurs

Direction pilote : DGS

Partenaires associés : DGOS, CSAPA, DAP

5- Calendrier

Fin 2010

3.6. Mesure 13 : organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie

3.6.1 Action 13.1 : mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie

1- Contexte

« 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 »³⁰.

Il s'agit d'accompagner la personne dans un parcours intégrant le suivi antérieur si celui-ci existe et permettant de rassembler les conditions pour mettre en œuvre l'accès, le maintien et la continuité des soins en incluant la protection sociale.

Les risques encourus pour la santé individuelle peuvent être prévenus en évitant les ruptures de prise en charge et de traitements.

De plus, dans ce contexte, le maintien d'une bonne santé permet d'envisager des conditions d'insertion favorables et une plus grande autonomie.

Sur le plan collectif, certaines ruptures thérapeutiques (notamment dans les domaines du VIH, Hépatites, Tuberculose, addictions, santé mentale) peuvent générer des dommages (transmission et émergence d'infections résistantes au traitement).

La personne détenue doit recevoir, tout au long de son incarcération, les informations sur son état de santé et les soins dont elle bénéficie. Un accompagnement est nécessaire pour que l'intérêt de ces informations soit perçu. L'équipe soignante, dans une démarche permanente d'éducation à la santé et d'une réelle éducation thérapeutique en cas de maladie chronique, a pour mission de responsabiliser la personne sur les soins qui lui sont nécessaires. Le meilleur acteur de sa santé dans une situation de rupture potentielle de prise en charge est la personne elle-même.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le greffe de l'établissement et les services éducatifs de la PJJ pour les mineurs contribuent, avec les services de la CPAM³¹, à établir ou à rassembler l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la personne détenue pour

³⁰ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, septembre 2004

³¹ Caisse primaire d'assurance maladie

bénéficiaire, après sa sortie, d'un suivi médical et social. La mobilisation de divers services nécessite leur coordination.

Les situations sont très hétérogènes d'un établissement pénitentiaire à un autre et dans nombre de cas, est relevé le défaut d'organisation et de coordination des intervenants potentiels³².

De même, ce temps de préparation, notamment pour les prévenus ou lors de transferts qui ne peuvent être anticipés, ne peut toujours être maîtrisé et se limite alors à de la transmission d'informations.

Se pose également la question de la continuité des soins sous contraintes et des secteurs d'accueil.

Concernant les soins somatiques incluant les maladies infectieuses et les maladies chroniques, les structures cliniques de prise en charge à la sortie existent et sont répertoriées mais l'encadrement voire l'accompagnement et l'information délivrée aux personnes concernées font parfois défaut au risque d'une rupture dans leur prise en charge.

Concernant les soins psychiatriques, ce même défaut de préparation à la sortie et de prise en charge adaptée est souligné. Certains services de psychiatrie intervenant en milieu carcéral essaient de mettre en place des réseaux de soins psychiatriques au niveau régional. Ces quelques exemples sont néanmoins loin d'être la règle. Il faut donc évaluer leur efficacité.

Les éléments faisant défaut portent notamment sur l'ouverture et la poursuite des droits sociaux voire des droits spécifiques aux pathologies concernées, ou le manque des structures d'accueil spécialisées pouvant recevoir les personnes sortant de détention.

La préparation à la continuité des soins s'entend lors de la levée d'écrou, de placement à l'extérieur, mais également lors de transfert d'un établissement pénitentiaire à un autre qui obéissent à d'autres enjeux et procédures.

Cette préparation diffère également selon la catégorie de la population pénale : prévenu, condamné, courte peine ou longue peine.

Il convient également de prendre en considération les demandes de suspension de peine pour raison médicale dont l'accord est subordonné à la désignation d'un lieu ou une structure de prise en charge adaptée.

2- Objectif

Permettre à chaque personne détenue sortante de pouvoir disposer d'une proposition concrète et adaptée de prise en charge sanitaire, sociale voire médico-sociale.

3- Contenu de l'action

1. Accès aux droits et ouverture des droits des personnes détenues et de leurs ayants-droits ;

- Structurer les modalités de fonctionnement entre les CPAM, les établissements pénitentiaires, les SPIP et les établissements de santé (Convention de partenariat) et clarifier l'ouverture des droits et les modalités de suivi (Carte vitale attestation...).
- Un certain nombre de propositions d'amélioration sont en cours d'étude à la DSS ;

³² Sources rapports d'inspection, enquête de la CNAMTS sur l'effectivité de droits des personnes détenues. Mars 2009

- Prévoir et formaliser les modalités de coordination ou concertation des différents partenaires pouvant être impliqués (CPAM, CAF, pôle emploi, conseil général, SPIP, JAP, PJJ, CSAPA, dispositif de soins somatiques et psychiatriques en milieu carcéral, Magistrat, Préfet), le chef de file étant le SPIP pour les majeurs ou les services éducatifs de la PJJ pour les mineurs. Ces modalités devront faire l'objet d'une procédure écrite,
- Développer des permanences ou la désignation de personnes référentes par les organismes de sécurité sociale et/ou associatifs au sein des établissements pénitentiaires,
- Prévoir une information des personnels des UCSA sur l'ouverture de certains droits (ALD, CMUC, AAH, AME, ACS...),
- Pour les personnes en situation irrégulière, initier la demande d'AME et la procédure de régularisation de séjour pour soins le cas échéant,
- Par ailleurs, il convient de faciliter les démarches de la personne pour l'activation de ses droits sociaux (minima sociaux, assurance maladie et l'aide à la complémentaire santé,
- Pour la continuité de la couverture maladie : anticiper les dates de sortie dans la mesure du possible pour l'affiliation à la caisse du domicile, proposer l'accès ou le renouvellement de la couverture complémentaire (CMUC ou ACS), l'accès à l'AME pour les détenus en situation irrégulière, renouveler le protocole ALD et le transmettre à la caisse du domicile,

2. Consultation de sortie : définition du contenu, organisation du suivi

- S'assurer de la mise en place pour les condamnés de la consultation de sortie³³ et élaborer un cahier des charges sur les objectifs, le contenu de cette consultation et les modalités de suivi sanitaire après la sortie,;
- S'assurer d'une délivrance de traitement sur une durée modulable en fonction de la gravité (individuelle et collective) du risque d'une interruption et des garanties de la prise en charge rapide à l'extérieur,
- Elaborer une procédure de suivi du dossier médical pour les transferts des personnes jugées à risque (DPS). Les transferts sans transmission du dossier médical peuvent en effet nuire à la continuité des soins. Le choix de l'établissement pénitentiaire revêt à ce niveau une certaine importance.

3. Aspect organisationnel :

- Disposer d'un recensement départemental voire régional des structures d'accueil et d'hébergement pouvant être mobilisées pour accueillir des personnes sortant de prison. La mise en place d'un réseau de soins coordonnés notamment pour le suivi des soins somatiques (dont les PASS dentaires nouvellement créées) et psychiatriques doit être recherchée.

4- Acteurs

Direction pilote : DGS

Copilote : DGCS, DGOS, DSS

Partenaires associés : DAP, DPJJ

³³ Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 art. 53

5- Calendrier

2010-2012

6- Liens avec les autres plans de santé publique

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
- Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012
- Futur plan national de lutte contre le VIH/IST 2010-2013

3.6.2 Action 13.2 : organiser un dispositif d'accompagnement et développer des outils et des dispositifs pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison

1- Contexte

L'exigence du droit et de l'éthique est que tout sortant de prison puisse bénéficier d'un suivi dans le dispositif de soins de droit commun (public ou libéral) si son état clinique le nécessite.

- **Pour les soins psychiatriques**, la psychiatrie générale a un rôle central, l'objectif étant l'accès ou le retour du patient vers le dispositif général de droit commun.
- **Concernant les pathologies somatiques**, les infections chroniques transmissibles (VIH, Hépatites, Tuberculose) comportant des risques et des exigences particuliers : toute rupture thérapeutique induit des risques individuels et collectifs (cf. supra) Tous les dispositifs de droit commun existants doivent être sensibilisés à ce type de prise en charge et préparés à accueillir ces personnes (CLAT, secteur de psychiatrie générale, CMP, ...). Nombre en effet sont encore réticent à les prendre en charge. L'offre de soins à l'extérieur est généralement bien repérée par les UCSA.
- **Concernant les personnes sous traitement de substitution** les ruptures de traitement doivent être évitées en s'assurant qu'une structure ou un médecin libéral prendra le relais à la sortie.

Des conditions de vie décentes et stables sont indispensables pour contribuer à la réussite des soins. A défaut d'un logement autonome qui constitue un objectif d'insertion, disposer d'un hébergement est un préalable pour assurer cette stabilité. En fonction de sa situation et de ses besoins (en particulier patients porteurs de pathologies chroniques invalidantes, personnes âgées dépendantes ou personnes handicapées), la personne qui sort de détention peut relever de divers dispositifs : ACT, LHS, CHRS, EPHAD, CTR pour sortants de prisons ayant un problème d'addictions. L'hébergement dans les dispositifs de droit commun ou spécialisés est problématique, soit par défaut de place soit par refus d'accueil lié à leur « statut » de sortants de prison.

Les modalités d'hébergement de ces personnes peuvent se concevoir soit au sein de structures se spécialisant dans l'accueil de sortants de prison, soit dans le cadre de dispositifs d'hébergement de droit commun en réservant des places dédiées en priorité pour des sortants de prison et en formalisant des protocoles de travail. Ces deux options peuvent être mises en œuvre de manière concomitante.

Par ailleurs, les professionnels de santé UCSA ont parfois du mal à repérer les missions respectives des dispositifs et une orientation inadéquate peut aboutir à un rejet de la personne.

2- Objectif

S'assurer que toute personne puisse bénéficier à sa sortie de prison d'une prise en charge adaptée à ses besoins : prise en charge médicale adaptée à son état clinique et incluant toute les mesures médico-sociales et sociales complémentaires à celle-ci notamment les conditions de son hébergement.

Disposer dans chacune des 8 régions pénitentiaires d'un dispositif diversifié permettant de répondre aux diverses situations.

Impulser une réflexion pour améliorer l'accueil du public concerné dans les dispositifs pour les personnes en situation de handicap et dans la filière gériatrique.

3- Contenu de l'action

En fonction des situations et pathologies

- *Les soins psychiatriques* : mettre en place des modalités de prise en charge par le dispositif de psychiatrie générale (sectorielle ou intersectorielle). afin de s'assurer que la personne sortie de prison puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée
Cette organisation est à prévoir par chaque secteur de santé mentale intervenant en milieu carcéral (dont SMPR) en étroite coordination avec le ou les secteurs de psychiatrie générale et prévoir également l'accueil possible de détenus sortant de prison d'autres départements et à intégrer au projet d'établissement des ETS concernés.
L'organisation et la mise en place de ce dispositif, notamment pour la psychiatrie, doit impliquer l'ensemble des acteurs de soins de cette discipline, doit être intégrée au projet régional de santé et être soumise au comité régional de coordination des soins en santé mentale (CRCSM).
- *Les pathologies somatiques* : organiser une continuité sans rupture des soins préjudiciable à la santé notamment dans le champ des maladies infectieuses (VIH, Hépatites, tuberculose...), des maladies chroniques (diabète, cancer, HTA...) et des problèmes d'addiction. Les dispositifs de droit commun spécifique tel que les CLAT doivent pouvoir être mobilisés.
- *Les personnes âgées et les personnes handicapées* : organiser une continuité de prise en charge adaptée à leur état.

Actions

- Créer des réseaux d'hébergement qui permettent la continuité et l'observance au traitement (annuaire des structures de droit commun et spécifiques accueillant préférentiellement des sortants de prison : appartements de coordination thérapeutique, CHRS...etc.)

- Prévoir des procédures d'examen du dossier d'admission dans la structure d'hébergement avant sortie de détention (en lien avec le SPIP)
- Elaborer des protocoles d'accord pour l'hébergement des sortants de prison impliquant les structures fédérales et nationales de l'hébergement social et médico-social (voir déclinaison au niveau local par des partenariats entre établissements pénitentiaires et structures sociales et médico-sociales)
- Préciser les modalités de prise en charge dans le cadre de suivis spécifiques (addiction, VIH, Hépatites, Tuberculose...)
- Préciser les modalités de prise en charge dans le cadre de la psychiatrie de liaison
- Conduire une évaluation des besoins en hébergement à partir des données de l'administration pénitentiaire.
- Dans le cadre de la programmation des ACT à venir (2010/2011), créer 48 places d'appartements de coordination thérapeutiques (ACT) spécifiques en adaptant le cahier des charges à partir des expériences existantes³⁴ : convention et partenariat avec SPIP, renforcement temps éducateur, formation de l'équipe.
- Dans le cadre de la programmation à venir de création de lits Halte Soins Santé (LHSS), s'assurer de la prise en charge de cette population spécifique.
- Impulser un engagement des associations gestionnaires en vue d'accueillir les personnes sortant de prison
- Favoriser l'accueil de ces personnes au sein des CHRS, des maisons relais et des appartements thérapeutiques
- Réfléchir à la mise en place de référentiels communs à l'ensemble des acteurs concernés ainsi qu'à celle de formations communes prenant en compte les questions que pose cette prise en charge.
- Développer des possibilités d'accueil pour les personnes âgées en maison de retraite
- Prévoir et adapter les réponses pour les personnes handicapées en lien avec les MDPH.

4- Acteurs

Direction pilote : DGS, DGOS, DGCS, DSS

Partenaires associés : DAP, DPJJ

5- Calendrier

2010-2014

6- Liens avec les autres plans de santé publique

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
- Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012
- Futur plan national de lutte contre le VIH/IST 2010-2013

³⁴ Projet Aurore à Nantes

4. AXE IV - DISPOSITIF DE PROTECTION SOCIALE

4.1. Mesure 14 : clarifier l'accès aux droits des personnes détenues

4.1.1 Action 14.1 : clarifier les modalités d'accès aux soins de ville (couverture de base et couverture complémentaire) des personnes en aménagement de peine

1- Contexte

L'accès aux soins de ville des détenus en permission de sortir ou en aménagement de peine (en semi-liberté, en placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique) pose problème. En effet, le dispositif conçu par la loi de 1994 ne prévoit que deux cas de figure en matière de couverture sanitaire des détenus :

- soit le détenu a besoin de soins au sein de la prison, auquel cas il est soigné par les structures hospitalières spécifiques (UCSA au sein de la prison ou UHSI à l'extérieur), dans ce cas les soins sont pris en charge par ces structures, et le détenu bénéficie de fait d'une dispense totale d'avance de frais (y compris sur le FJH et le ticket modérateur qui sont remboursés par l'établissement pénitentiaire à l'établissement de santé) ;
- soit le détenu bénéficie d'un aménagement de peine et exerce une activité professionnelle dans les mêmes conditions qu'un travailleur libre, auquel cas il est affilié au régime d'assurance maladie dont dépend son activité – ou à défaut de remplir les conditions d'ouverture de droit, du régime général. Il relève dans ce cas du droit commun en matière d'assurance maladie et d'accès aux soins (hospitaliers et de ville).

Mais les cas de figure de détenus ne travaillant pas et ayant besoin de soins en ville existent : lors des permissions de sortir, lorsqu'ils bénéficient d'un aménagement de peine pour une formation, par exemple.

En l'absence de dispositions réglementaires, les pratiques des professionnels de santé et des caisses sont différentes, certains appliquant la dispense d'avance de frais sur la part remboursable des dépenses, d'autres au contraire demandant aux détenus de faire l'avance des frais. Concernant le ticket modérateur, il est remboursé par l'établissement pénitentiaire au détenu, également sans base juridique.

Or la part des détenus en aménagement de peine est en forte augmentation (elle représente plus de 10% des détenus, avec une hausse de 20% entre 2008 et 2009), tendance qui va certainement s'accroître en application des dispositions de la loi pénitentiaire de 2009 en faveur du développement du placement sous surveillance électronique.

Il convient donc de clarifier juridiquement les droits des détenus en matière d'accès aux soins de ville.

2- Objectif

Inscrire dans la loi les dispositions facilitant l'accès aux soins de ville des détenus en aménagement de peine.

3- Contenu de l'action

Inscrire dans la loi (L 381-30 du code de la sécurité sociale) qu'en matière d'accès aux soins de ville, les détenus en permission de sortir, en semi-liberté, en placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique n'exerçant pas d'activité professionnelle dans les conditions de droit commun, bénéficient d'une prise en charge des prestations couvertes par le régime général avec dispense d'avance de frais tant pour la part obligatoire que pour participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité de l'assurance maladie (ticket modérateur) .

La caisse primaire auprès de laquelle la personne en aménagement de peine est affiliée assurerait l'intégralité du paiement auprès des professionnels de santé, l'administration pénitentiaire rembourserait ensuite le ticket modérateur à la caisse, à l'instar de ce qui se fait aujourd'hui pour les établissements hospitaliers. En cas de soins hospitaliers, l'administration pénitentiaire rembourserait également le forfait journalier hospitalier.

Ce dispositif ne concernerait que les détenus en permission ou en régime de peine aménagée ; le principe d'une prise en charge des soins par l'administration pénitentiaire pour les détenus incarcérés serait maintenu.

Ces dispositions ne seraient en outre pas applicables aux détenus en aménagement de peine qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, Ces derniers peuvent en revanche bénéficier de la CMUc ou de l'ACS s'ils en remplissent les conditions d'éligibilité.

4- Acteurs

Direction pilote : DSS

Partenaires associés : DHOS, DAP, CNAMTS

5- Calendrier

Nécessité d'un véhicule législatif : 2011.

4.1.2 Action 14.2 : prévenir le risque de rupture de droit à la sortie de prison en rendant possible le maintien d'affiliation à la caisse de rattachement de l'établissement pénitentiaire pendant un an.

1- Contexte

Même si elles bénéficient du maintien de droits pendant un an, à compter de leur libération, sauf si elles bénéficient de l'assurance maladie et maternité à un autre titre (activité professionnelle), les personnes détenues doivent changer de caisse d'affiliation.

En effet, conformément à l'article R.312-1 du code de la sécurité sociale, sauf dispositions contraires énoncées par l'arrêté du 6 mars 1995, les assurés du régime général sont affiliés auprès de leur caisse de résidence.

A leur libération, les intéressés ne dépendent donc plus de la caisse du département où se situe l'établissement pénitentiaire, mais de la caisse de leur résidence habituelle, or 17% des caisses ne disposent pas de l'adresse d'élection à la sortie des détenus (problème notamment des détenus SDF qui ne souhaitent pas se faire domicilier dans une association).

2- Objectif

Garantir l'effectivité du maintien de droit aux prestations de l'assurance maladie à la sortie de prison.

3- Contenu de l'action

Afin de pallier les difficultés rencontrées par les caisses pour affilier les détenus libérés à la caisse de leur résidence, il serait prévu, à titre dérogatoire, la possibilité pour le détenu libéré de rester affilié, s'il le souhaite, auprès de la caisse dans le ressort de laquelle se situait l'établissement pénitentiaire, en modifiant l'arrêté du 6 mars 1995 précité.

4- Acteurs

Direction pilote : DSS

Partenaires associés : DHOS, DAP, CNAMTS, DPJJ

5- Calendrier

Nécessité d'un arrêté : 2010-2011

4.1.3 Action 14.3 : prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison s'assurant de la continuité de la perception des droits sociaux relevant des conseils généraux (AAH, APA, PCH, RSA).

1- Contexte

1. L'allocation adulte handicapée (AAH)

Principales caractéristiques générales de l'AAH

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une prestation non contributive destinée à assurer un minimum de ressources aux personnes handicapées.

Pour ouvrir droit à l'AAH, la personne handicapée doit être atteinte, selon un guide barème national fixé par décret, d'un taux d'incapacité permanente.

Le droit à l'AAH est accordé par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) siégeant au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). L'allocation est ensuite versée par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou de mutualité sociale agricole (MSA) dans la mesure où les conditions administratives (âge, ressources...) sont remplies.

Cas particulier des personnes incarcérées

En application des articles L. 821-6 et R. 821-8 du code de la sécurité sociale, des réductions d'AAH peuvent être effectuées par l'organisme payeur avant son versement, lorsque l'allocataire séjourne dans un établissement (hospitalisation, incarcération, maison d'accueil spécialisée).

Le montant minimum de ressources laissé à la disposition de l'allocataire est fixé à 30 % du montant mensuel d'AAH à taux plein³⁵, que la personne soit accueillie en établissement de santé ou en maison d'accueil spécialisé (MAS) ou **incarcérée dans un établissement pénitentiaire**.

Cette réduction s'applique pendant la durée effective du séjour à compter du 1^{er} jour du mois suivant une période de 60 jours révolus passés dans l'établissement.

Le service de l'allocation est repris **sans nouvelle demande**, à compter du 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel la personne n'est plus incarcérée.

Il n'y a pas de réduction dans les cas suivants :

- lorsque l'allocataire a au moins un enfant ou un ascendant à charge ;
- lorsque le conjoint, concubin ou pacsé de l'allocataire ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la CDAPH.

Réformes en cours

L'AAH fait l'objet de nombreuses évolutions dont les principes ont été exposés lors de la conférence nationale du handicap de 2008.

La revalorisation en cours de l'AAH

Conformément aux engagements du Président de la République, **l'AAH sera revalorisée de 25% d'ici 2012**.

Au-delà de la revalorisation de l'allocation, l'objectif du Gouvernement est de **réformer des conditions d'attribution des compléments d'AAH** pour les réserver aux personnes handicapées dans l'impossibilité d'obtenir des revenus d'activité.

Pour être mise en œuvre, cette réforme suppose de disposer d'un outil permettant de mesurer la capacité de l'allocataire à exercer une activité professionnelle. Une mission d'experts a été désignée pour préfigurer cet outil et elle devrait rendre ses conclusions avant la fin 2009.

2. La prestation compensatrice du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Dans un cas comme dans l'autre, c'est le droit commun qui s'applique, comme si la personne détenue était à son domicile et, quel que soit lieu d'incarcération, c'est le département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours qui en assume la charge (article L122-1 du code de l'action sociale et des familles). Ce n'est qu'à défaut de domicile de secours que ces dépenses incombent au département dans le ressort duquel est situé l'établissement pénitentiaire.

³⁵ Sans que l'allocataire puisse percevoir une AAH plus élevée que celle qu'il percevait lorsqu'il n'était pas hospitalisé ou accueilli en MAS ou incarcéré.

À l'entrée en détention, le changement brutal de domicile souvent non anticipé risque de provoquer une rupture de prise en charge qui risque de se reproduire à la sortie si les démarches n'ont pas pu être entreprises dans les délais.

L'APA est versée directement à l'organisme prestataire des mesures d'accompagnement de la personne âgée dépendante concernée. Actuellement, sauf cas particuliers (conventions signées entre l'établissement pénitentiaire, l'organisme prestataire et le conseil général), le temps consacré à l'instruction de chaque prestation constitue pour le prestataire une perte de temps non compensée par l'allocation du fait des mesures de sécurité à l'entrée et à la sortie de l'établissement pénitentiaire.

Une circulaire conjointe DGCS-DAP recommandera la signature de conventions entre établissements pénitentiaires, conseils généraux auxquels ils ressortissent et organismes prestataires, pour résoudre les problèmes pratiques liés à l'exécution des prestations dans les EP et éviter les ruptures de droits.

2- Objectif

Clarifier l'accès aux droits des personnes détenues.

3- Contenu de l'action

- Conduire un état des lieux de l'application de ces mesures
- Accompagner les réformes en cours et mettre en place les droits correspondants pour les personnes détenues le nécessitant.

4- Acteurs

Direction pilote : DSS/DGCS

Copilote : DAP, DSS

Partenaires associés : Conseils généraux

5- Calendrier

2011

4.2. Mesure 15 : organiser l'articulation entre établissement pénitentiaire / CPAM / établissement de santé

4.2.1 Action 15.1 : élaborer une convention cadre entre les établissements pénitentiaires et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de rattachement afin d'améliorer l'effectivité des droits des personnes détenues (désignation de référents « couverture maladie », systématiser les transferts d'information pour ouvrir et mettre à jour les droits, anticiper les sorties)

1- Contexte

L'état des lieux dressé par l'enquête CNAM en matière d'accès aux droits des détenus démontre des marges de progrès, qui doivent être recherchées par un renforcement et une meilleure organisation des relations entre les CPAM et les établissements.

Là où des protocoles ont été élaborés entre CPAM et établissement, une amélioration a été constatée en matière d'accès aux droits des détenus.

Tout d'abord en matière d'ouverture de droits à la couverture de base lors de l'incarcération, des délais parfois importants sont constatés (ce qui pose problème, notamment pour les ayants droits). En ce qui concerne la couverture complémentaire, le taux élevé de détenus non couverts (67%) révèle un point de faiblesse en matière d'ouverture ou de maintien de droits à la CMUc.

La gestion des sorties de prison est trop souvent une cause de rupture de droits. Si les détenus bénéficient en principe du maintien de droits pendant un an, les difficultés de gestion anticipée des sorties par les établissements pénitentiaires et de transmission des informations aux CPAM, sont autant d'obstacles à la mise en œuvre de ce maintien de droits.

Enfin, l'accès aux soins de ville des détenus en permission de sortir ou en aménagement de peine (en semi-liberté, en placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique), dont le nombre est en augmentation, pose problème. En effet outre le fait qu'il n'existe pas de base juridique pour leur faire bénéficier de la dispense d'avance de frais (voir fiche précédente), les établissements pénitentiaires omettent souvent de leur remettre leur carte vitale lors de ces sorties.

2- Objectif

Elaborer un protocole-cadre afin de faciliter le développement des bonnes pratiques et fixer aux acteurs l'objectif qu'un tel document soit signé entre chaque établissement et sa caisse de rattachement.

3- Contenu de l'action

- a) un renforcement des liens entre EP et caisse : **désignation d'un référent dans la caisse et d'un référent au sein de la prison** (au sein du SPIP ou du Greffe), avec, dans toute la mesure du possible, des permanences effectuées par le référent de la Caisse et des formations des agents du greffe et SPIP en matière de couverture sociale des détenus ;
- b) un accès aux droits dans des délais courts : systématiser l'utilisation des fiches-navette entre l'établissement pénitentiaire et la CPAM, avec une régularité d'envoi d'une semaine maximum (de même pour les transferts de détenus), instaurer des réunions de présentation des droits très régulières- notamment à la CMUc ;
- c) le maintien et le renouvellement des droits à la CMUc : les services sociaux de l'EP et les CPAM doivent s'engager à **repérer dès leur incarcération les détenus bénéficiaires de la CMUc**, afin, d'une part qu'ils soient maintenus dans leurs droits et, d'autre part, de s'informer de la date d'échéance du droit, ce qui permettra de préparer la demande de renouvellement de droit en temps voulu.
- d) pour les permissions de sortir, placement en semi-liberté ou à l'extérieur : l'établissement pénitentiaire, dépositaire de la carte vitale ou de l'attestation papier, doit s'engager à la restituer aux détenus avant chaque sortie ;
- e) un accompagnement en amont des sorties de prison :

- améliorer l'information des détenus sur leurs droits : la caisse doit s'engager à des réunions d'information régulière pour les détenus sortants ; à mettre à disposition des détenus un « kit de sortie », à charge aux SPIP de les distribuer ;
 - changement d'affiliation : **l'établissement pénitentiaire doit s'engager à donner régulièrement à la caisse une liste des sorties prévues pour les jours à venir**, afin que le changement d'affiliation (de régime ou de caisse) soit géré sans rupture de droits ;
 - mise à jour des droits : un contrôle de la mise à jour des droits devrait être effectué pour chaque détenu sortant (CMUc, ALD)
 - pour les détenus étrangers en situation irrégulière : la demande d'AME pourrait être préparée en amont, afin qu'ils bénéficient de ce dispositif dès leur sortie.
- f) l'installation obligatoire d'une borne carte Vitale dans chaque EP, avec obligation pour les services des EP de s'assurer de la **mise à jour des cartes Vitale au moment de l'ouverture des droits, lors des permissions de sortir, des placements en semi-liberté et des sorties.**
- g) **l'informatisation** de la transmission des informations relatives à l'ouverture des droits, et à la gestion des sorties doit être encouragée, afin de raccourcir les délais de traitement.

4- Acteurs

Direction pilote : DSS

Partenaires associés : DGOS, DAP, CNAMTS, DPJJ

5- Calendrier

2011

5. AXE V - FORMATION

5.1. Mesure 16 : mettre en place un plan de formation

5.1.1 Action 16.1 : intégrer la problématique dans le cadre de la formation initiale des professionnels de santé concernés (médecins, paramédicaux, dentistes, etc.)

1- Contexte

La plupart des étudiants (médecins, dentistes, pharmaciens, étudiants en soins infirmiers (IDE), autres) ne connaissent pas, au terme de leurs études professionnelles, ce que recouvre l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire.

Certains établissements de santé ouvrent néanmoins des terrains de stage notamment pour les IDE et dans les grandes métropoles pour les internes de médecine générale (IMG) voire les internes de psychiatrie ou d'odontologie, mais cette amorce reste encore très parcellaire.

Il est à noter que le pilotage des études médicales, conçu par les deux ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, relève majoritairement de ce dernier, la formation se déroulant dans les universités.

Le dispositif de cette formation est actuellement soumis à quelques variations :

- D'une part, le cursus de la formation médicale est en pleine restructuration afin de l'adapter au processus LMD (Licence – Master – Doctorat) : (redécoupage des modules en unités d'enseignement, instauration d'une licence et d'un master, etc.) ;
- D'autre part, la commission pédagogique nationale des études médicales (CPNEM, organe consultatif qui propose les programmes de formation), présidée par le directeur général de l'enseignement supérieur, est en interrogation sur son devenir, de par des dispositions réglementaires sur ce type de commissions ;
- Enfin, un projet de loi vient d'être voté pour restructurer la 1^{ère} année de la formation et créer « une première année commune aux études de santé », qui s'appliquera en 2010-2011.

Compte tenu de ces éléments, il convient de souligner que des propositions éventuelles envers la CPNEM et la conférence des doyens des facultés de médecine sont soumises à ces évolutions.

2- Objectif

- Sensibiliser les étudiants en médecine et en odontologie à cet exercice professionnel
- Sensibiliser les étudiants paramédicaux au cours de leurs études à la politique sanitaire des personnes détenues
- Prévoir l'ouverture de terrains de stages aux sein des structures de soins correspondantes

3- Contenu de l'action

Les paramédicaux

Rédaction d'une circulaire de recommandations à l'attention des directeurs d'instituts de soins infirmiers (IFSI) et des autres instituts de formation paramédicaux. Celle-ci sera axée notamment sur :

- L'adaptation des connaissances des domaines juridique, psychiatrique, éthique et de santé publique au milieu carcéral
- L'étude en formation de situations professionnelles en relation avec les soins de santé mentale aux personnes détenues

Les étudiants en médecine et en odontologie

Concernant l'enseignement théorique, il convient de rappeler que les facultés de médecine et dentaire disposent d'une totale autonomie pédagogique. Des unités d'enseignement relatives à la santé publique et aux sciences humaines et sociales sont notamment prévues à différents niveaux du futur cursus aussi tout nouvel apport doit être proposé et discuté aux instances précitées.

Par ailleurs il faut noter que les dispositifs nécessaires (textes, lieux de stages, financements) pour la réalisation de stages en milieu carcéral existent déjà. Dans ce cadre il appartient notamment au coordonnateur de conduire la formation des internes et de leur « prescrire » les stages à réaliser selon les besoins de formation

Plusieurs actions en découlent :

Faire mieux connaître aux coordonnateurs les différentes possibilités de stages en milieu carcéral. En effet, ces lieux de stages, souvent riches en termes pédagogiques ne sont pas assez connus et donc pas demandés. Une information précise et ciblée par les ARS permettrait donc d'élargir la palette de choix des internes et des coordonnateurs.

Réaliser une information auprès des ARS, en vue de faciliter l'agrément de ces lieux de stages. En effet, certains doyens demandent la reconnaissance des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) comme lieux des stages pour les internes en médecine générale, (sous réserve de projet pédagogique et d'un encadrement). Cette information sera faite par le ministère de la santé.

Sensibiliser les partenaires concernés (ministère de l'enseignement supérieur, conférences des doyens, responsables des structures pénitentiaires). Celle-ci sera assurée par le ministère de la santé.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS (SDRH)

Partenaires associés :

Conférences des doyens des facultés de médecine, pharmacie, dentaire
La direction générale de l'enseignement supérieur au ministère

5- Calendrier

2011-2012

5.1.2 Action 16.2 : mettre en place des formations d'adaptation à l'emploi et développer un plan de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles

1- Contexte

Peu de personnel de santé exerçant ou amené à exercer au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), des services médico-psychologique régionaux (SMPR), des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) bénéficient de formations d'adaptation à l'emploi avant leur prise de fonction et d'actions d'analyse de leurs pratiques et/ou de formation continue durant l'exercice de celles-ci.

Plusieurs établissements de santé à l'occasion de l'ouverture de nouveaux centres pénitentiaires ont élaboré des modules de formation pour les personnels nouvellement nommés sur ces fonctions, ceux-ci intégrant des formations spécifiques aux soignants et communs aux personnels santé et pénitentiaires. Le contenu de ces formations est néanmoins très variable d'un établissement à un autre, et le suivi très aléatoire notamment lors du renouvellement de ce personnel.

Il est indispensable que ces formations soient dispensées à l'occasion de l'ouverture de nouveaux établissements mais également lors du renouvellement des personnels au sein des structures déjà existantes.

Enfin il convient dans ce contexte d'exercice professionnel particulier de prévoir des temps de formations communs entre les professionnels de santé et les personnels relevant de l'administration pénitentiaire.

2- Objectif

- Faire bénéficier à tout personnel soignant d'une formation d'adaptation à l'emploi au moment de sa prise de fonction en milieu pénitentiaire
- Assurer à ces personnels une actualisation de leurs connaissances professionnelles voire l'acquisition de nouveaux savoirs faire.
- Analyser les pratiques professionnelles

3- Contenu de l'action

- Élaborer un cahier des charges incluant des mises en situation professionnelles et des modules de formation portant sur les connaissances spécifiques devant être acquises par les professionnels amenés à exercer au sein de ces structures.
Ces modules devront intégrer des modules spécifiques aux personnels soignants et communs aux personnels santé/justice. La formation devra comprendre un enseignement sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire avec des mises en situation des stagiaires. L'objectif est en effet également d'améliorer le partage d'informations par une meilleure connaissance de pratiques professionnelles des différents acteurs intervenant dans la prise en charge de personnes détenues
Cette réflexion sera confiée à l'école des hautes études de santé publique (EHESP) et l'école nationale d'administration pénitentiaire (ENAP).
- Institutionnaliser le tutorat par la désignation de personnes référentes.

Le tutorat est un processus qui permet d'accompagner chaque agent dans son parcours professionnel. Il comprend différentes missions d'accueil, d'intégration dans l'équipe et de développement des compétences. Le tutorat doit permettre à un professionnel porteur de compétences de transmettre directement des compétences à un autre professionnel susceptible de les développer, c'est sur le terrain que se parachève cette professionnalisation. Il s'agira d'institutionnaliser le tutorat par la désignation de personnes référentes sur le terrain. Cette notion de tutorat est actuellement institutionnalisée et officialisée dans la réforme des études d'infirmières).

- Dans le cadre du plan national de formation continue DGOS / ANFH, une circulaire annuelle liste les grands thèmes de formation devant faire l'objet d'une attention particulière de la part des établissements de santé. Ces formations seront inscrites dans la circulaire d'orientation 2011.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Partenaires associés : DGS, INPES, ENAP, EHESP

5- Calendrier

2011-2014

5.1.3 Action 16.3 : améliorer la formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle

1- Contexte

L'exercice des professionnels de santé en milieu pénitentiaire revêt un caractère particulier du fait notamment :

- Des conditions mêmes de cet exercice se déroulant dans un environnement très sécurisé,
- D'actes de soins très spécifiques liés à l'incarcération,
- Des caractéristiques socio démographiques spécifiques de cette population

Les personnels de santé dans le cadre de leur exercice professionnel sont au contact permanent des personnels pénitentiaires et également des éducateurs de la PJJ pour les détenus mineurs, ceux-ci intervenant selon des logiques différentes. Il apparaît nécessaire que ces personnels aient une connaissance réciproque des missions des uns et des autres, l'objectif étant une meilleure compréhension de celles-ci et des interventions pouvant en découler, mais surtout d'améliorer la prise en charge des personnes détenues.

Les formations pluridisciplinaires peuvent porter sur les politiques sanitaires et pénitentiaires mais également le fonctionnement général des établissements de santé et des établissements pénitentiaires. Ces formations sont une opportunité pour aborder les rôles et missions de chacun des acteurs dans ces différentes structures et dégager ainsi des orientations et objectifs communs. Elles peuvent également traiter de thématiques plus spécifiques telles que la prévention du suicide, la prévention de la santé.

Ce type de formation est un des facteurs pouvant permettre l'amélioration de collaborations entre les différents professionnels, jugés souvent insuffisantes et parfois mise en évidence sur des dysfonctionnements observés.

Un certain nombre d'initiatives ont été prises au cours de ces dernières années sur la mise en place de formations pluridisciplinaires. A titre d'exemple les formations relatives au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire pilotées par les DRASS depuis 2001 pour une prévention du suicide en population générale avec une priorité donnée en 2003 notamment pour la population carcérale.

2- Objectif

- Mettre en place un plan de formations pluridisciplinaires et interprofessionnelles adaptées au contexte de prise en charge en milieu pénitentiaire. Ce plan tiendra compte de l'existant et d'une évaluation des besoins

3- Contenu de l'action

Les formations à caractère généraliste

L'école des hautes études en santé publique (EHESP) : dans le cadre du module interprofessionnel de santé publique en 2009 : « Peut-on soigner en prison ? » ; « Centre éducatif fermé et santé mentale » à initier la démarche de ces formations interprofessionnelles sur ces sujets.

Dans le cadre des sessions inter-écoles du réseau des écoles de service public le RESP prévoit également en 2010 une session portant sur « Santé et Prison ».

Un bilan sera conduit avec l'EHESP en lien avec notamment l'ENAP sur la poursuite de ces formations et leur cadre. Notamment la possibilité de sessions interrégionales sera envisagée.

L'EHESP en partenariat avec l'ENAP prévoit également l'organisation d'un colloque Santé/Prison d'ici quelques mois.

Les formations plus spécifiques

- La prévention du suicide

Il s'agit de mettre en place en lien avec l'EHESP et l'ENAP des sessions de formation pluridisciplinaires sur la base des recommandations existantes et comprenant des mises en situation.

Parallèlement un recensement des formateurs soignants exerçant au sein des établissements sera effectué afin d'animer des journées de formations pluridisciplinaires organisées au sein des établissements.

- L'éducation pour la santé

Il existe un besoin important de formation dans ce domaine. Selon une enquête réalisée par l'INPES auprès de 600 organismes de formation initiale de 10 professions de santé, la formation en éducation pour la santé est très lacunaire. Par ailleurs, l'accès à la formation continue en éducation et promotion de la santé demeure hétérogène pour l'ensemble des professionnels potentiellement concernés.

Après avoir recensé les besoins en formation des personnels et des intervenants dont les activités et/ou les décisions ont un impact sur la santé des détenus et les savoirs faire déjà existants:

- Mettre en place des interventions spécifiques dans les modules nationaux existants (EHESP, ENAP, EN3S, ENPJJ) ;
- Mettre en place des formations spécifiques en lien avec les pôles de compétences et les ARS voire le domaine associatif,
- Réaliser des supports pédagogiques spécifiques.

4- Acteurs

Direction pilote : DGOS

Partenaires associés : DGS, INPES, EHESP, ENAP, DPJJ

5- Calendrier

2010-2014

5.2 Mesure 17 : Promouvoir une démarche qualité et bonnes pratiques auprès des intervenants extérieurs

5.2.1 Action 17.1 : promouvoir auprès des associations intervenant en prison une démarche qualité

1- Contexte

La préoccupation de la qualité est largement partagée par les acteurs de la promotion de la santé, mais sa mise en œuvre est restée jusqu'à présent très informelle, contrairement à d'autres domaines comme le secteur hospitalier. Un guide construit de manière partagée avec les associations vient d'être publié et rendu public par l'INPES. Il est une aide pour structurer la démarche qualité dans les associations œuvrant en promotion de la santé. Il peut également être un outil de dialogue sur ces projets en interne et avec différents partenaires.

Les interventions en milieu pénitentiaire comportent certaines spécificités liées notamment aux conditions de détention et aux droits des personnes (confidentialité, participation, information, sécurité, etc.) qui justifient d'une réflexion adaptée aux interventions menées dans ce contexte.

2- Objectif

Favoriser la qualité des interventions réalisées par le secteur associatif en milieu pénitentiaire, en prenant en compte les particularités de l'exercice dans ce milieu.

3- Contenu de l'action

Adapter au contexte du milieu pénitentiaire le guide d'autoévaluation construit par et pour les associations publié par l'INPES en 2009 « Comment évaluer la qualité de vos actions en promotion de la santé ».

Construire avec les associations et les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire un référentiel qualité pour les interventions dans ce milieu.

4- Acteurs

Direction pilote : INPES, DGS

Partenaires associés : DAP, DGOS

5- Calendrier

Diffusion des guides en décembre 2011

6. AXE VI - HYGIÈNE, SÉCURITÉ ET SALUBRITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

6.1. Mesure 18 : s'assurer du respect des normes et règlements relatifs aux conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité des établissements pénitentiaires

6.1.1 Action 18.1 : expertiser les recommandations des rapports d'inspection prévoir les modalités de mise en œuvre des recommandations

1- Contexte

En application de l'article D 348-1 du CPP l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires est confiée à l'IGAS et aux services déconcentrés, aux fins de :

- Veiller à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des personnes détenues et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires,
- Contrôle à l'intérieur de ceux-ci l'exécution des lois et règlements se rapportant à la santé publique,
- Effectuer toutes les vérifications utiles à leurs missions.

La Circulaire DGS/SD6/DGOS/O2/2006/09 du 10 janvier 2006 du ministère chargé de la santé a lancé, dans ce sens, un programme national pluri annuel d'inspections exhaustives 2006/2008 sous l'égide de l'inspection générale des affaires sociales.

Ces inspections ont porté sur quatre grands chapitres dont un consacré à l'hygiène, la sécurité et la salubrité. Les autres chapitres traitent de l'organisation des soins somatiques et psychiatriques, de l'adaptation des politiques de santé publique en milieu carcéral, du fonctionnement du service pharmaceutique et de la protection sociale des détenus

L'axe VI découle essentiellement des principales observations relatives au chapitre I de ces inspections portant sur « l'Hygiène, la sécurité et la salubrité ».

Les thèmes abordés portent sur l'application des normes et règlements concernant les locaux les équipements en détention, et la sécurité alimentaire.

80 % des rapports ont à ce jour été réalisés intégrant les éléments de réponse de chacun des partenaires impliqués. Un certain nombre d'ARS ont élaboré des synthèses régionales.

L'impact des conditions d'incarcération sur les besoins de santé est reconnu. Aussi il apparaît essentiel sur la base des constats de ces rapports, des propositions formulées et des réponses d'amélioration des dysfonctionnements observés d'élaborer une synthèse nationale sur les principales recommandations à mettre en œuvre.

2- Objectif

Élaborer à partir des principaux constats des rapports d'inspection relatifs notamment à l'examen des conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité un plan national d'amélioration de ces modalités de prise en charge.

3- Contenu de l'action

Les ARH (ARS) ont été sollicitées depuis plusieurs semaines pour élaborer des synthèses régionales. De même une analyse des items retenus est conduite au niveau national.

Ces deux études menées parallèlement mais complémentaires l'une de l'autre ont pour objectifs d'identifier les principaux axes d'amélioration portant sur les locaux, l'alimentation, la sécurité alimentaire mais également les conditions d'environnement de ces établissements.

Ces études sont conduites par le ministère de la santé en partenariat avec le ministère de la justice.

Les résultats et l'analyse de celles-ci conduiront à élaborer un plan pluriannuel de mise en conformité avec la réglementation. Ce plan tiendra compte des programmes immobiliers de construction de nouveaux établissements pénitentiaires en cours et à venir.

4- Acteurs

Direction pilote : Santé (DGS/DGOS)

Partenaire associé : DAP

5- Calendrier

Étude publication des résultats deuxième semestre 2011

Élaboration du plan pluri annuel 2012

GLOSSAIRE

AAH : allocation adulte handicapé
ACT : appartement de coordination thérapeutique
ACTP : allocation compensatrice tierce personne
ADF : assemblée des départements de France
AICS : auteur d'infraction à caractère sexuel
ALD : affection de longue durée
AME : aide médicale d'état
ANFH : agence nationale de formation hospitalière
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARH : agence régionale d'hospitalisation
ARS : agence régionale de santé
ASIP Santé : agence des systèmes d'information partagés en santé
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCA : centre de cure ambulatoire en alcoologie
CD : centre de détention
CDAG : centre de diagnostic anonyme et gratuit
CHRS : centre d'hébergement et de réadaptation social
CLAT : centre de lutte anti-tuberculose
CMU : couverture maladie universelle
CMUC : couverture maladie universelle complémentaire
CNAF : caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COREVIH : coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine
CP : centre pénitentiaire (selon contexte)
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPOM contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP : code de procédure pénale
CSAPA : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP : code de la santé publique
CSST : centre de soins spécialisés pour toxicomanes
DACG : direction des affaires criminelles et des grâces
DAF : dotation annuelle de fonctionnement
DAP : direction de l'administration pénitentiaire
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGCS : direction générale de la cohésion sociale
DGS : direction générale de la santé
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DIM : département d'information médicale
DPS : détenu particulièrement signalé
DISP : direction interrégionale des services pénitentiaires
DPJJ : direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DPS : personnes jugés à risque
DPU : dispositif de protection d'urgence
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : direction de la sécurité sociale

EHESP : école des hautes études en santé publique
ENAP : école nationale d'administration pénitentiaire
EPM : établissement pénitentiaire pour mineur
EPSNF : établissement public de santé national de Fresnes
ETP : équivalent temps plein
GRSP : groupement régional de santé publique
HCSP : haut conseil de la santé publique
HO : hospitalisation d'office
IGAS inspection générale des affaires sociales
IGSJ : mission d'inspection des services judiciaires
INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : institut national de veille sanitaire
LHS : lit halte soins santé
MCO : médecine chirurgie obstétrique
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MILDT : mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MRIICE : mission régionale et interdépartementale de contrôle et d'évaluation
PDS : permanence des soins
PMSI : programme de médicalisation du système d'information
PRSP : programme régional de santé publique
QMA : quartier maison d'arrêt
QMC : quartier maison centrale
RDR : réduction des risques
SAE : statistique annuelle d'activité des établissements de santé
SMPR : service médico-psychologique régional
SSR : soins de suite et de réadaptation
UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale
UMD : unité de malades difficiles
SMPR : service médico-psychologique régional
SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
VHB : virus de l'hépatite B
VHC : virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine