

*Livre blanc des associations représentant le soin en milieu pénitentiaire*  
*APSEP et ASPMP*  
*Mars 2017*



Association des professionnels  
de Santé Exerçant en prison

[apsep.contact@gmail.com](mailto:apsep.contact@gmail.com)



Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

[aspmp.contact@gmail.com](mailto:aspmp.contact@gmail.com)

# Livre blanc

## des associations représentant le soin en milieu pénitentiaire

Pour les bureaux de l'APSEP et de l'ASPMP

Dr Damien MAUILLON  
Président de l'APSEP

Dr Michel DAVID  
Président de l'ASPMP

Mars 2017

*Livre blanc des associations représentant le soin en milieu pénitentiaire*  
*APSEP et ASPMP*  
*Mars 2017*



L'APSEP est ouverte à tout professionnel de santé exerçant en milieu pénitentiaire qui souhaite partager une réflexion commune sur sa mission de soignant en prison. Elle a pour objectif de promouvoir une éthique du soin dans cet environnement contraint à travers l'indépendance professionnelle et le respect des règles de déontologie, de soutenir les professionnels pour rompre leur isolement, en développant la formation professionnelle, et enfin de faire le relais entre les institutions et le terrain afin d'orienter la politique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

**Bureau**

Dr Damien **MAULLON**, président, MA Angers

Dr Fadi **MEROUEH**, vice-présidente, MA Villeneuve-lès-Maguelone

Dr Catherine **FAC**, secrétaire, CP Fresnes

Dr Céline **GUILLEMAUD**, trésorière, MA Fleury Mérogis

Dr Céline **BUCHAILLET**, chargée de mission, MA Angers

Dr Pierre **GOUBEAU**, chargée de mission, MA Troyes

Dr Laura **HARCOUET**, chargée de mission, MA Paris La Santé

Dr Patrick **SERRE**, vice-président, MA Le Mans Les Croisette

Dr Muriel **BOCQUENTIN**, secrétaire-adjoint, CP Fresnes

Dr Estelle **SUDRE**, trésorière adjointe, UHSI de Bordeaux

Dr Béatrice **CARTON**, chargée de mission, MA Bois d'Arcy

Dr Angéline **GUYOT-LENAT**, chargée de mission, CP Riom

Dr Anne **LECU**, chargée de mission, MA Fleury Mérogis



L'ASPMP réunit les professionnels de la psychiatrie exerçant ou ayant exercé en milieu pénitentiaire dans le cadre de leur mission soignante hospitalière. Elle a pour but d'aider au développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire tant dans son fonctionnement institutionnel que dans la recherche théorique et pratique, ainsi que, par le biais de l'enseignement et de la formation, de faire bénéficier toutes les personnes intéressées des expériences acquises. Elle est un lieu d'expression des professionnels de santé mentale exerçant une activité de soin en milieu pénitentiaire et elle les représente auprès des instances administratives et professionnelles.

**Bureau**

Dr Michel **DAVID**, président, maison d'arrêt de Coutances

Dr Marc **FEDELE**, vice-président, SMPR de Rennes

Dr Pascale **GIRAVALLI**, vice-présidente, SMPR de Marseille

Dr Mihaela **MATEI**, secrétaire, maison d'arrêt de Cuincy

Dr David **SECHTER**, secrétaire-adjoint, SMPR de Nantes

Dr Olivier **GIRON**, trésorier, SMPR de Nantes

Dr Anne **HENRY**, membre, UHSA de Rennes

*Livre blanc des associations représentant le soin en milieu pénitentiaire*  
*APSEP et ASPMP*  
*Mars 2017*

L'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP) et l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) ont une longue expérience de la pratique des soins auprès des personnes détenues.

Les élections présidentielle et législative sont une occasion pour nos deux associations de soulever des points essentiels concernant les soins en milieu pénitentiaire en souhaitant que les candidats se positionnent sur un certain nombre de questions soulignées notamment par le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales consacré à « *L'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif la politique de santé des personnes placées sous main de justice* », paru en novembre 2015<sup>1</sup>. Mais ce livre blanc n'est pas destiné qu'aux candidats, mais aussi aux administrations en charge de la politique de santé et plus largement à toute personne intéressée par le sujet.

La loi du 18 janvier 1994 avait pour ambition, pour les soins, une prise en charge sanitaire en milieu carcéral équivalente à celle de la population générale. Elle affirme le principe d'une médecine traitante, à la demande des patients, selon le principe du libre consentement, et dégagée de missions expertales, comme l'a rappelé la loi pénitentiaire de 2009 (Tableau 1).

Ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale.

**Tableau 1. Article 48 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.**

Si des efforts très importants avaient été faits concernant les moyens humains entre 1997 et 2013<sup>2</sup>, il semble que ces dernières années, la situation se soit dégradée. Dans le même temps, nous sommes confrontés à une augmentation importante de la population pénale, avec un surembretement, notamment des maisons d'arrêt. Praticiens de terrain auprès de ces personnes, présentant souvent un état de santé précaire, nous savons que la prise en charge sanitaire est un des facteurs importants dans leur insertion sociale.

L'État doit exercer sa responsabilité à l'égard de tous, de manière égalitaire, et c'était tout l'esprit de la loi de 1994. En effet, la prison est une loupe et ce que nous pouvons constater dans notre exercice quotidien est un bon indicateur de ce qui se passe plus largement dans notre société. À ce titre, notre expérience, certes très spécifique, mérite d'être entendue plus largement.

Nos interrogations se déclinent en 8 axes et 20 recommandations.

---

<sup>1</sup> [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R\\_Sante\\_Justice.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf)

<sup>2</sup> L'IGAS souligne « un doublement des effectifs des personnels de santé (de 1.345 ETP en 1997 à plus de 2 600 en 2013). Toutefois, dans le même temps, la population carcérale augmentait de 25 % » (IGAS, p. 5).

## **Axe 1. Une défaillance de pilotage du ministère de la Santé**

**Recommandation 1.** Un pilotage effectif s'impose au niveau de notre ministère de tutelle, avec un **interlocuteur unique** du ministère de la Santé (qu'il vienne de la DGS ou de la DGOS), garant de la politique sanitaire en milieu pénitentiaire et de l'indépendance professionnelle des soignants. Nous souhaiterions y associer le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

**Recommandation 2.** Coordonner les orientations du ministère de la Santé avec les travaux du Comité de pilotage de la psychiatrie.

## **Axe 2. Secret professionnel et partage d'information**

**Recommandation 3.** Le ministère de la Santé doit trouver le moyen adéquat d'extraire les données administratives (identité des personnes et position dans la prison) dont nous avons besoin pour l'exercice quotidien des soins, sans passer par un dispositif pénitentiaire, quel qu'il soit.

**Recommandation 4.** Le ministère de la Santé doit être impérativement le garant de l'indépendance professionnelle des soignants, quelles que soient les pressions exercées, notamment par l'Administration pénitentiaire pour des raisons sécuritaires.

## **Axe 3. Les remises de peine ne doivent pas être subordonnées à des soins.**

**Recommandation 5.** Exclure les remises de peine de l'effectivité d'un suivi médical.

**Recommandation 6.** Prendre en considération la gravité de la situation de l'expertise psychiatrique pénale et y remédier.

## **Axe 4. Les moyens en personnels et en locaux**

**Recommandation 7.** Lancer une politique incitative de recrutement des personnels de santé dans les établissements dont les postes budgétés ne sont pas pourvus et déterminer les effectifs sur la capacité réelle des établissements pénitentiaires et non sur la capacité théorique.

**Recommandation 8.** Faire établir par les ARS un recensement précis des locaux et lancer les rénovations qui s'imposent.

## **Axe 5. Le financement**

**Recommandation 9.** La lisibilité des financements s'impose.

**Recommandation 10.** Le groupe de travail piloté par le ministère de la Santé relatif aux unités sanitaires en milieu pénitentiaire doit tenir compte de la réalité de terrain, des difficultés de facturations, de l'évolution des pratiques en prenant en considération les actes non facturables et chronophages comme la prévention, l'accompagnement thérapeutique et l'éducation à la santé, les temps de synthèse et d'élaboration clinique collective, les actes pharmaceutiques et la préparation des médicaments...

**Recommandation 11.** Définir un axe budgétaire clair sur les effectifs sanitaires de préparation à la sortie, de liaison avec le secteur de psychiatrie générale, les structures sanitaires ou médicosociales du dehors, sur le modèle de ce qui a été pensé pour les CSAPA.

## **Axe 6. L'accès aux soins**

**Recommandation 12.** L'accès aux soins ne doit souffrir d'aucun délai ni d'aucune restriction, y compris à partir des quartiers d'isolement et disciplinaires.

**Recommandation 13.** L'évaluation participative et plurifactorielle des UHSA à l'issue du déploiement de la première tranche avant celui de la deuxième tranche est une nouvelle fois demandée, comme cela vient de le rappeler un courrier à la ministre de la Santé.

## **Axe 7. La protection sociale**

**Recommandation 14.** La Puissance publique doit impérativement organiser le plus rapidement possible les modalités d'affiliation immédiate des personnes détenues afin que toutes disposent d'une protection sociale.

**Recommandation 15.** Les conventions locales entre les centres hospitaliers, l'Administration pénitentiaire et les caisses primaires d'assurance maladie doivent être signées en application de la directive de 2016.

**Recommandation 16.** Une ou deux CPAM sur le territoire devraient être référentes en matière d'immatriculation des personnes détenues à des fins d'homogénéisation des situations administratives.

## **Axe 8. La suspension de peine et de détention provisoire pour raison médicale et incompatibilité avec la détention**

**Recommandation 17.** Rendre publiques les statistiques relatives aux suspensions de détention provisoire ou de peine pour raisons médicales.

**Recommandation 18.** Mettre en place le groupe de travail pour l'élaboration participative du guide méthodologique relatif à la suspension de peine ou de détention provisoire pour raisons médicales comme annoncé dans le groupe de travail consacré à ce sujet en 2013.

## **Axe 9. Épidémiologie et recherche en soins en milieu pénitentiaire**

**Recommandation 19.** Se donner les moyens de l'évaluation épidémiologique relative à la santé des personnes détenues.

**Recommandation 20.** Inclure dans les appels à projets des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) des thématiques relatives à la santé des personnes détenues.

## **Axe 1. Une défaillance de pilotage du ministère de la Santé**

La prise en charge sanitaire des patients détenus, sous tutelle du ministère de la Santé, est en interface permanente avec le ministère de la Justice. Jusqu'en 2013, la direction de projet pour la santé des personnes détenues dépendait de la DGOS, et à ce titre la personne en poste, un médecin était l'interlocutrice incontournable de l'administration sanitaire pour les professionnels de santé.

Suite à une réorganisation de la DGOS, les directions de projet transversales ont disparu, et avec elles, le poste de référent unique pour la santé des personnes détenues<sup>3</sup>. Certes, ce poste est réapparu sur l'organigramme de la DGS, mais comme le note le rapport de l'IGAS, le pilotage à partir de cette modification d'organisation a été défaillant (Tableau 2).

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

**Tableau 2. Rapport IGAS, p.4.**

Du côté du ministère de la Justice, il existe un référent santé unique pour l'Administration pénitentiaire. Or, depuis trois ans, ce référent unique n'a finalement pas de correspondant au ministère de la Santé, et cela entraîne un déséquilibre très visible dans les politiques de santé en milieu pénitentiaire qui semblent davantage décidées et pilotées par l'Administration pénitentiaire que par l'Administration sanitaire.

**Recommandation 1.** Un pilotage effectif s'impose au niveau de notre ministère de tutelle, avec un **interlocuteur unique** du ministère de la Santé (qu'il vienne de la DGS ou de la DGOS), garant de la politique sanitaire en milieu pénitentiaire et de l'indépendance professionnelle des soignants. Nous souhaiterions y associer le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

**Recommandation 2.** Coordonner les orientations du ministère de la Santé avec les travaux du Comité de pilotage de la psychiatrie.

<sup>3</sup> Cf. organigramme 2011 [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organigramme\\_courriel\\_noms\\_telephones-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organigramme_courriel_noms_telephones-2.pdf) et organigramme 2015 : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGOS\\_Organigramme\\_100615.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGOS_Organigramme_100615.pdf)

## **Axe 2. Secret professionnel et partage d'information**

Les acteurs de terrain savent que les enjeux de santé en prison nécessitent un dialogue professionnel entre les différents acteurs et une coordination claire.

Le partage d'information, s'il est nécessaire, doit être strictement limité aux informations administratives (identité, position en détention) ou aux dérogations légales au secret professionnel pour les patients en situation de danger et en aucun cas à des informations couvertes par le secret professionnel.

Nous souhaiterions revenir sur le format des espaces actuellement proposés pour cela, impropre à ce principe. Cela implique une suppression des commissions pluridisciplinaires uniques, et la proposition d'autres moyens de coordination inter institutionnels, afin que l'article 45 de la loi pénitentiaire de 2009 ne souffre pas des ambiguïtés ouvrant à l'origine de débats sans fin et sources d'inutiles tensions (Tableau 3).

L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique.

### **Tableau 3. Article 45 de la loi pénitentiaire de 2009 relatif au secret médical.**

L'évolution technologique récente a montré que les défaillances de pilotage ont mis en difficulté les soignants dans leur exercice en prison. Par exemple, le dispositif Genesis, émanation de l'Administration pénitentiaire requiert des personnels de santé qu'ils soient en possession d'une carte « agent justice », afin de pénétrer dans le dispositif informatique et obtenir la localisation des personnes détenues, nécessaire à la délivrance de traitement. Comment mieux dire, par cette dénomination « agent justice », que l'indépendance des soignants ne va pas de soi ?

Cette disposition a été mise en œuvre par l'instruction interministérielle n° SG/DSSIS/SGMJ/2016/217 du 4 juillet 2016 qui précise aux directions hospitalières et pénitentiaires les modalités de délivrance de cartes à puce aux professionnels de santé afin qu'ils aient la possibilité de consulter et d'inscrire des informations dans le dispositif pénitentiaire GENESIS.

Nous rappelons que :

- Le dispositif GENESIS est une production du ministère de la Justice. Le ministère de la Santé n'a jamais été consulté lors de son élaboration. Ce dispositif recueille toutes les informations sur la personne détenue qui sont nécessaires pour que les professionnels de la justice assurent leur mission de sécurité, de prévention de la récidive et de gestion des établissements pénitentiaires ;
- Les professionnels de santé, qu'ils exercent ou non en milieu carcéral, ont une mission différente, centrée sur le soin, qui nécessite le respect du secret professionnel et une totale indépendance professionnelle ;
- Les professionnels de santé n'ont aucune obligation d'utiliser ce dispositif de recueil d'informations sur la personne détenue. Ceci a été rappelé à plusieurs reprises par les ministères de la Justice et de la Santé ;



*Livre blanc des associations représentant le soin en milieu pénitentiaire*  
*APSEP et ASPMP*  
*Mars 2017*

- Les professionnels de santé ne doivent consigner aucune information médicale dans ce dispositif sous peine de sanctions déontologiques et pénales par non-respect du secret professionnel ;
- Une instruction n'a pas de valeur de loi ou de règle. Sa portée se limite à une note de service qui ne peut être imposée aux professionnels de santé.
- La carte à puce permettant l'accès à GENESIS ne peut être imposée aux professionnels de santé. Nos deux associations recommandent de refuser cette carte lorsqu'elle leur est proposée. Sur le terrain, de nombreux professionnels nous ont rapporté avoir pris cette décision, sans conséquence sur leur activité quotidienne.

**Recommandation 3.** Le ministère de la Santé doit trouver le moyen adéquat d'extraire les données administratives (identité des personnes et position dans la prison) dont nous avons besoin pour l'exercice quotidien des soins, sans passer par un dispositif pénitentiaire, quel qu'il soit.

**Recommandation 4.** Le ministère de la Santé doit être impérativement le garant de l'indépendance professionnelle des soignants, quelles que soient les pressions exercées, notamment par l'Administration pénitentiaire pour des raisons sécuritaires (cf. Tableau 4).

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

**Tableau 4. Rapport IGAS, p. 7.**

### **Axe 3. Les remises de peine ne doivent pas être subordonnées à des soins.**

Les services de médecine en milieu pénitentiaire doivent se limiter à une position strictement thérapeutique. Si le traitement médical peut avoir des conséquences sur la qualité d'exécution de la peine, la potentialité de récidive, elles ne sont pas des objectifs médicaux, mais des effets de surcroît.

La médecine en milieu pénitentiaire ne doit pas être convoquée par le registre de l'expertise et ne doit pas être considérée comme une mesure de sureté de l'exécution de la peine. Cela implique par voie corolaire la définition d'une politique claire concernant la question de l'expertise psychiatrique pénale, actuellement en crise.

Les questions du traitement et de la prescription ne doivent concerner que le domaine sanitaire. Les services de soins sont souvent encombrés par des demandes de soins factices uniquement dans la perspective d'obtenir une attestation de suivi pour obtenir une réduction de peine, sans qu'une indication médicale de traitement soit posée. Il convient que le recours aux services publics de santé soit utilisé à bon escient et non pour des raisons factices.

Dissocier soins et réductions de peine était déjà recommandé par l'Audition publique sur la « *Prise en charge de la psychopathie* »<sup>4</sup> (Tableau 5), mais accorde-t-on encore une quelconque importance aux recommandations des auditions publiques et conférences de consensus ?

La commission estime que l'obligation judiciaire de soins présente un intérêt pour ces personnes à condition qu'elle soit médicalement fondée et que la relation entre les juges d'application des peines, le service d'insertion et de probation et la structure soignante soit suffisamment structurée et organisée. Elle se montre en revanche réservée sur les dispositions visant à subordonner des réductions de peine au suivi d'une thérapie en prison.

**Tableau 5. Audition publique sur la « Prise en charge de la psychopathie. Recommandations. Mai 2006. p.9.**

**Recommandation 5.** Exclure les remises de peine de l'effectivité d'un suivi médical.

**Recommandation 6.** Prendre en considération la gravité de la situation de l'expertise psychiatrique pénale et y remédier.

---

<sup>4</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Psychopathie\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Psychopathie_recos.pdf)

#### **Axe 4. Les moyens en personnels et en locaux**

Le rapport de l'IGAS note avec raison que nous connaissons mal l'état de santé de la population pénale (Tableau 6) et rappelle que les dotations en personnel sont calculées sur la capacité théorique de l'établissement et non sur la présence réelle du nombre de personnes détenues.

D'importantes disparités et insuffisances dans l'offre de soins ont été constatées [...]. Ainsi, 22 % des postes de spécialistes budgétés ne sont pas pourvus et 15,5 % des postes budgétés de psychiatres ne sont pas pourvus, avec des effets de concentration dans certaines unités sanitaires [...]. Pour les dentistes, 21 unités sanitaires ont fonctionné avec moins de 50 % de leurs postes budgétés. » Les disparités sont fortes, « avec des écarts constatés de 1 à 3, pouvant aller de 1 à 7 pour les infirmiers somatiques (sans que les enjeux de démographie médicale puissent expliquer ces disparités) et de 1 à 16 pour les kinésithérapeutes »

**Tableau 6. Rapport IGAS, p. 5.**

Enfin, ce rapport relève aussi que les conditions matérielles de fonctionnement des USMP pâtissent de locaux qui demeurent globalement sous-dotés, singulièrement en maisons d'arrêt et centres pénitentiaires : les surfaces réelles sont 30 à 40 % inférieures en moyenne aux recommandations de l'ANAP. De même, le développement des systèmes d'information est inégal et largement insuffisant pour garantir la qualité des soins. Ces insuffisances ont pour conséquence l'impossibilité pour les équipes de développer un projet de santé à la hauteur des enjeux et de leurs missions, notamment les actions d'éducation à la santé.

L'étude de l'état de santé de la population carcérale ne peut être faite qu'en sus, en finançant des postes dédiés à cette étude, puisqu'actuellement l'offre de soins minimale n'arrive déjà pas à être fournie aux patients détenus. L'IGAS rappelle par exemple « l'absence de dentistes pendant plusieurs mois dans certains établissements visités » (p. 5).

**Recommandation 7.** Lancer une politique incitative de recrutement des personnels de santé dans les établissements dont les postes budgétés ne sont pas pourvus et déterminer les effectifs sur la capacité réelle des établissements pénitentiaires et non sur la capacité théorique.

**Recommandation 8.** Faire établir par les ARS un recensement précis des locaux et lancer les rénovations qui s'imposent.

## **Axe 5. Le financement**

La question de moyens est directement liée à celle du financement. L'IGAS remarque que « le financement de l'offre de soins en faveur des personnes détenues demeure complexe et peu lisible », source d'inégalités (p. 8).

Pour les soins somatiques, ce financement est assuré majoritairement par les MIG et la facturation à l'activité, mais avec des schémas très différents selon les régions.

Pour les soins psychiatriques, le financement est assuré par une DAF.

La lisibilité des financements s'avère particulièrement opaque.

Les politiques de financement doivent tenir compte du retentissement des sous-effectifs en personnel sur le respect des droits fondamentaux, comme nous l'avons exposé lors de l'audition de l'APSEP et de l'ASPMP par le Contrôle Général des Lieux de Privation de Liberté le 15 décembre 2016.

**Recommandation 9.** La lisibilité des financements s'impose.

**Recommandation 10.** Le groupe de travail piloté par le ministère de la Santé relatif aux unités sanitaires en milieu pénitentiaire doit tenir compte de la réalité de terrain, des difficultés de facturations, de l'évolution des pratiques en prenant en considération les actes non facturables et chronophages comme la prévention, l'accompagnement thérapeutique et l'éducation à la santé, les temps de synthèse et d'élaboration clinique collective, les actes pharmaceutiques et la préparation des médicaments...

**Recommandation 11.** Définir un axe budgétaire clair sur les effectifs sanitaires de préparation à la sortie, de liaison avec le secteur de psychiatrie générale, les structures sanitaires ou médicosociales du dehors, sur le modèle de ce qui a été pensé pour les CSAPA.

## **Axe 6. L'accès aux soins**

Outre le manque de moyens parfois criant sur certaines parties du territoire, l'accès aux soins est aussi limité par les difficultés d'extraction médicale lorsque des soins intra ou extrahospitaliers sont justifiés. L'Administration pénitentiaire ne réalise que 80 % des extractions dont elle a la charge. (IGAS, p. 9). Cela peut limiter le recours aux plateaux techniques et avis spécialisés allongeant les délais de prise en charge.

L'accès au soin est également rendu compliqué par l'organisation judiciaire quand une personne doit être hospitalisée sur une courte durée (moins de 48 heures) dans une chambre plus ou moins dédiée du centre hospitalier de référence. La garde statique, assurée par la police nationale, a pour conséquence fréquente des pressions sur les soignants pour une sortie rapide, afin de lever cette garde, au risque de mettre en danger la santé de la personne détenue qui va revenir trop tôt en milieu carcéral.

L'accès aux soins est également contraint à l'intérieur de la prison. :

- Du fait d'un registre organisationnel : les difficultés de l'Administration pénitentiaire à gérer les mouvements en détention, par manque de moyens humains, bloquent régulièrement l'accès des personnes détenues aux unités sanitaires.
- Du fait du régime d'hébergement pénitentiaire : les quartiers disciplinaires et d'isolement sont ainsi des facteurs reconnus du risque suicidaire. Pourtant, depuis ces quartiers, les patients ne peuvent accéder à des soins médiatisés de groupe pour des raisons sécuritaires. Là où le risque suicidaire est augmenté, l'offre de soin est paradoxalement diminuée.

**Recommandation 12.** L'accès aux soins ne doit souffrir d'aucun délai ni d'aucune restriction, y compris à partir des quartiers d'isolement et disciplinaires.

Du fait des contraintes de l'administration pénitentiaire, notamment liées aux ordres de transferts nationaux, ou au transport pénitentiaire, des hospitalisations psychiatriques nécessaires sont retardées, voire suspendues, avec une perte de chance pour les patients. Il en va de même pour les sorties de l'UHSA et les patients détenus sont fréquemment soumis à des hospitalisations arbitraires, totalement illégales. La réponse médicale est écrasée par les restrictions émanant de l'Administration pénitentiaire.

**Recommandation 13.** L'évaluation participative et plurifactorielle des UHSA à l'issue du déploiement de la première tranche avant celui de la deuxième tranche est une nouvelle fois demandée, comme cela vient de le rappeler un courrier à la ministre de la Santé.

## **Axe 7. La protection sociale**

L'affiliation à la protection sociale des personnes détenues n'est « ni automatique ni fluide », note encore l'IGAS (p. 8).

La loi de 1994 sur la prise en charge sanitaire des personnes détenues définit l'immatriculation systématique des personnes lorsqu'elles arrivent en incarcération. Le guide méthodologique précise que cette immatriculation doit être réalisée dans les 5 jours ouvrés.

Dans la réalité, elle n'est effective que dans quelques établissements. La multiplicité des organisations locales aboutit à une inégalité d'accès aux soins pour les personnes détenues dans de nombreuses régions, ayant pour conséquences l'absence de continuité des soins et une précarisation à la sortie d'incarcération.

**Recommandation 14.** La Puissance publique doit impérativement organiser le plus rapidement possible les modalités d'affiliation immédiate des personnes détenues afin que toutes disposent d'une protection sociale.

**Recommandation 15.** Les conventions locales entre les centres hospitaliers, l'Administration pénitentiaire et les caisses primaires d'assurance maladie doivent être signées en application de la directive de 2016.

**Recommandation 16.** Une ou deux CPAM sur le territoire devraient être référentes en matière d'immatriculation des personnes détenues à des fins d'homogénéisation des situations administratives.

## **Axe 8. La suspension de peine et de détention provisoire pour raison médicale et incompatibilité avec la détention**

Les modifications apportées par les articles 50 et 51 de la loi du 15 Aout 2014 relatives à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales clarifient l'accessibilité à la suspension de peine ou de détention provisoire pour raisons somatiques et psychiatriques.

Pour autant, il semble que ces mesures soient encore peu appliquées et les statistiques qui les concernent ne sont pas connues en distinguant personnes prévenues et condamnées. Il conviendrait de connaître :

- Le nombre de mesures somatiques et psychiatriques accordées ;
- Le nombre de mesures demandées et non accordées et les motivations en cas de refus ;
- Les délais ente la demande et l'effectivité de la mesure ;
- La répartition des demandes selon les deux indications : pronostic vital engagé ou incompatibilité durable avec la détention ;
- Situation des personnes ayant bénéficié de la mesure ;
- Etc.

**Recommandation 17.** Rendre publiques les statistiques relatives aux suspensions de détention provisoire ou de peine pour raisons médicales.

Malgré ces modifications, certaines contradictions majeures persistent :

- Les trop fréquentes et rapprochées hospitalisations sous contrainte (soins psychiatriques sous décision du représentant de l'Etat) pour les patients les plus lourdement atteints par la pathologie psychiatrique limiteront les possibilités d'accès à cette mesure ;
- La confusion persiste dans la façon de considérer le lien entre la pathologie psychiatrique et la dangerosité.

L'ASPMP et l'APSEP demandent au ministre de la Santé une information sur les intentions de l'exécutif pour donner suite aux conclusions du rapport de 2013 sur la suspension de peine pour raison médicale<sup>5</sup> qui devait amener à la poursuite de ce travail impliquant les professionnels de terrain avec l'élaboration collective d'un guide méthodologique pour mettre en œuvre ces mesures.

**Recommandation 18.** Mettre en place le groupe de travail pour l'élaboration participative du guide méthodologique relatif à la suspension de peine ou de détention provisoire pour raisons médicales comme annoncé dans le groupe de travail consacré à ce sujet en 2013.

---

<sup>5</sup> Groupe de travail Santé-Justice. *Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale* ».

[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/rapport\\_aménagement\\_suspensions\\_peine\\_raison\\_medic.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_aménagement_suspensions_peine_raison_medic.pdf)

## **Axe 9. Épidémiologie et recherche en soins en milieu pénitentiaire**

Le rapport IGAS insiste sur le fait que la connaissance épidémiologique et le suivi des personnes détenues restent très lacunaires (p.24).

Une politique de soins ne peut effectivement être établie de manière sérieuse sans connaître le plus précisément possible l'état de santé des personnes détenues. Il appartient au ministère de la Santé de se doter des moyens techniques et scientifiques nécessaires pour procéder à des études épidémiologiques de grande envergure.

Outre les moyens de l'État, une meilleure connaissance des parcours de santé des personnes détenues et des pathologies rencontrées pourrait être complétée par des programmes de recherche, notamment en psychiatrie où la recherche est souvent dénoncée comme étant insuffisante ou bien en addictologie, et particulièrement la politique de réduction des risques, qui reste un sujet sensible en milieu pénitentiaire et en même temps particulièrement critique en termes de santé publique.

**Recommandation 19.** Se donner les moyens de l'évaluation épidémiologique relative à la santé des personnes détenues.

**Recommandation 20.** Inclure dans les appels à projets des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) des thématiques relatives à la santé des personnes détenues.