

PRESENTATION DU VOLET THEMATIQUE DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS SUR LA SANTE DES PERSONNES DETENUES EN ILE-DE-FRANCE

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été transférée au ministère de la santé. Le plan national d'actions stratégiques, paru en octobre 2010, « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » 2010-2014 retient 3 grands principes :

- 1) Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soins que la population générale.
- 2) Les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral.
- 3) 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.

Six axes sont proposés pour impulser un nouvel élan à la prise en charge de personnes détenues :

- Connaissance de l'état de santé
- Accès aux soins
- Prévention/promotion de la santé
- Dispositif de protection sociale
- Formation des professionnels de santé
- Hygiène, sécurité, salubrité des établissements pénitentiaires

Le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS inclut une fiche spécifique concernant les personnes détenues en précisant les orientations nationales. La première orientation porte sur **l'amélioration de l'accès aux soins**, la deuxième orientation nationale concerne **l'amélioration de l'efficience**, en développant la télémédecine, les réseaux informatiques au service des soins en milieu pénitentiaire.

Les points d'articulation avec la prévention et le médico-social sont aussi spécifiés pour améliorer la prise en charge des addictions, la prévention du suicide et rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues. En effet, la problématique de la santé des personnes détenues, relève bien des deux autres grands schémas relatifs à la prévention et au médico-social et s'articule aussi très fortement avec les programmes régionaux du PRAPS et de la télémédecine.

I. ELEMENTS DE CONTEXTE REGIONAL

A - Les Etablissements

Première région pénitentiaire par sa capacité théorique, l'Ile-de-France comporte **12 établissements pénitentiaires** :

- 7 maisons d'arrêt : Fleury-Mérogis, Bois-d'Arcy, Nanterre, Osny Pontoise, Paris la Santé, Villepinte et Versailles
- 1 maison centrale à Poissy
- 2 centres pénitentiaires : Fresnes et Meaux-Chauconin
- 1 centre de détention à Melun
- 1 établissement pour mineurs à Porcheville

Un 13^{ème} établissement pénitentiaire a été inauguré à Réau dans le 77 au début du mois de septembre, notre région accueille aussi le plus grand établissement pénitentiaire d'Europe, de par son étendue et le nombre de personnes détenues, plus de 3 800 personnes

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unité hospitalière dépendant directement d'un établissement de santé. Les activités dispensées au sein des UCSA incluent des activités de soins, d'éducation et de promotion de la santé.

Historiquement, il y a en Ile de France un excellent partenariat entre pénitentiaire et santé. Un grand nombre d'acteurs participent à la prise en charge de la santé des personnes détenues, ce sont les professionnels de santé, les personnels de la pénitentiaire et les associations.

En outre, les organismes d'assurance maladie, les secteurs de la cohésion sociale, de l'emploi, de l'hébergement et du logement, de l'intégration des personnes immigrées et les collectivités territoriales interviennent également en direction des personnes détenues.

Ce volet thématique sur la santé des personnes détenues présente **la particularité de n'exister que par sa transversalité.**

B - Les problèmes sanitaires

Des problèmes sanitaires subsistent en Ile de France : Les établissements présentent de façon endémique une surpopulation carcérale et des lieux de vie en détention dégradés malgré les efforts engagés depuis plusieurs années.

Ainsi l'Ile-de-France représente 15 % de la capacité nationale. La surpopulation atteint 130 %, voire parfois 150 % pour plusieurs établissements pénitentiaires. Ainsi, au mois de septembre 2011, l'effectif total écroué s'élevait à 12 853 personnes, avec un taux d'occupation sur total écroués de 148 %.

La plupart des établissements pénitentiaires comportent des cellules en état de vétusté, dégradées, peu équipées en sanitaires qui aboutissent à d'importantes carences d'hygiène en milieu pénitentiaire.

D'autre part, il est constaté que la mortalité par suicide est très élevée et en augmentation en Ile de France. Ainsi, les personnes détenues se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans. Depuis le 1^{er} janvier 2011, au plan national, 94 suicides étaient comptabilisés au 10 du mois d'octobre 2011 contre 86 pour la même période de 2010 et 19 suicides pour l'Ile-de-France. Ce phénomène est constaté malgré un fort recours aux soins psychiatriques.

A l'instar des constats dans les autres établissements de France, les autres principaux problèmes sont la prévention des **contages infectieux, la mise en place d'une politique de réduction des risques et la prévention du déséquilibre alimentaire, la santé mentale et l'incidence de la tuberculose** qui est de 8 à 10 fois supérieure à l'incidence nationale.

En matière de prévention, L'INPES fait un constat global qui concerne également l'Ile-de-France qui est la faiblesse de formalisation et de recueil des besoins, l'adéquation variable entre les actions et les besoins, l'absence fréquente d'un comité de pilotage interne à l'établissement et d'un programme d'action annuel ou pluriannuel. De plus, la lisibilité des différents financements semble devoir être améliorée et les porteurs de projets doivent être mieux accompagnés avec l'aide du pôle de compétence régional.

C - La prise en charge somatique des patients détenus

- Des locaux de soins non adaptés

Certains locaux dédiés aux Ucsa sont très exigus. La direction interrégionale des services pénitentiaires de Paris en a conscience et des dossiers de restructuration et d'aménagement remontent régulièrement au ministère de la Justice.

Ces constats traduisent **la réelle difficulté de faire de la prévention en prison, de soigner en prison, de bien préparer la sortie** afin de prévenir le risque de rupture de droit pour assurer la continuité des soins en milieu de liberté.

- Les consultations :

- Les consultations médicales réalisées dans les Ucsa s'élèvent en 2010 à 103 711
- Les consultations spécialisées à 9 519 et pour les soins dentaires : 26 938 consultations

- La prise en charge des hospitalisations pour raison somatique repose sur un schéma à 3 niveaux :

- Les chambres sécurisées, permettent la prise en charge des hospitalisations urgentes et de courtes durées (inférieure à 48 h – circulaire du 26 mars 2006). Ces chambres sont implantées dans un service du centre hospitalier de rattachement de l'UCSA.
- L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) assure la prise en charge des hospitalisations programmées de plus de 48 h (arrêté du 24 août 2000 – note interministérielle du 3 mars 2004). Cette UHSI de 25 lits, est implantée à Paris, au CHU de la Pitié-Salpêtrière.
- Enfin, l'EPSNF, l'établissement public de santé national de Fresnes, avec ses 80 lits répartis dans trois services assure des hospitalisations de court séjour, de soins de suite et de réadaptation. Sa vocation est nationale, l'Epsnf est placé sous la double tutelle des ministères de la Justice (direction de l'administration pénitentiaire – DAP) et de la santé (direction générale de l'offre de soins – DGOS) la tutelle est devenue régionale le 1er janvier 2011.

L'organisation des hospitalisations est organisée autour de ces deux pôles, l'UHSI et l'EPSNF, avec un principe acté depuis 2008 de fermeture pour l'EPSNF.

Concernant **les soins psychiatriques**, la loi du 31 décembre 1985 et son décret d'application du 14 mars 1986 avaient institué la création de 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire avec les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) à l'intérieur des établissements pénitentiaires ; leur ressort territorial étant fixé par arrêté ministériel.

Ce dispositif de soins a été complété par la loi de 1994, en effet toutes les UCSA dispensent des soins psychiatriques, limités à des activités de consultation, comprenant une équipe pluridisciplinaire (médecin psychiatre, infirmier, psychologue) rattachée à un secteur de psychiatrie générale du centre hospitalier de proximité.

Enfin, la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice renforce ce dispositif pour les hospitalisations, par la création d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Pour l'Ile-de-France, **la prochaine USHA**, implantée **au centre hospitalier Paul Guiraud, à Villejuif** dans le Val-de-Marne devrait être opérationnelle en 2013.

Les hospitalisations sans consentement des patients détenus ont lieu dans les services de psychiatrie du secteur (HO-article D. 398 du code de procédure pénale), en attendant l'ouverture prochaine de l'UHSA.

Les consultations psychiatriques s'élèvent à 29 814.

En conclusion les principaux constats sont une forte implication des équipes soignantes intervenant dans les UCSA et SMPR d'Ile-de-France, les bonnes relations de travail entre l'UHSA de la Pitié et l'Epsnf, une véritable dynamique partenariale existe entre tous les acteurs.

Ces éléments devraient permettre de mettre en œuvre toutes les préconisations et les recommandations afin d'améliorer la prise en charge et la santé des personnes détenues.

II. NECESSITE DE METTRE EN PLACE UN PROGRAMME REGIONAL

La qualité des partenariats existant en Ile-de-France, les besoins identifiés pour cette population spécifique, le nombre important d'établissements pénitentiaires et la disponibilité des différents acteurs et intervenants, permettent de proposer **la mise en place d'un programme régional spécifique en faveur de la santé des personnes sous main de justice dont les principaux objectifs sont les suivants :**

1. Mieux connaître l'état de santé des détenus

Un suivi épidémiologique de l'état de santé des personnes détenues avec l'aide d'indicateurs cibles en développant les systèmes d'information est expérimenté par l'InVS et l'ASIP.

2. Développer et améliorer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé par la mise en place d'une stratégie partenariale

Des études nationales (Inventaire ANRS-PRI2DE, 2009, enquête PREVACAR, 2010) mettent en évidence (cf. BEH du 25 octobre 2011 n°39) un déficit majeur dans l'application des mesures de prévention en prison et la nécessité de développer une véritable politique de prévention et de promotion de la santé envers les personnes détenues, en particulier celles présentant des conduites addictives. Bien que des dispositions soient prévues réglementairement elles sont peu connues et peu appliquées, notamment en matière de réduction des risques infectieux relatifs à la prévention des hépatites virales. Dans ce domaine, conformément aux recommandations de l'INPES, il est nécessaire de garantir la qualité des actions menées, définir précisément dans chaque établissement pénitentiaire les besoins en éducation pour la santé et développer l'accompagnement méthodologique des intervenants.

Dans cet objectif, il apparaît nécessaire de compléter, former et motiver les équipes sanitaires mais également les autres catégories d'intervenants afin qu'une politique de santé publique efficiente soit également appliquée en prison.

a. Renforcer la prévention du suicide et plus largement l'accompagnement en santé mentale

L'amélioration de l'offre de soins en santé mentale, en particulier l'offre de proximité en niveau 1 doit permettre de renforcer l'accessibilité des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé par des prises en charge individuelles, mais aussi des activités de groupe, de type atelier thérapeutique dans

toutes les Ucsa des établissements pénitentiaires. Rappelons aussi que la prison, en soi, est un facteur d'aggravation des troubles mentaux.

Ce programme comprendra un développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé, avec le renforcement ou plutôt la **volonté politique** d'installer une véritable politique de prévention du suicide, **Cette prévention du suicide** doit concerner tous les aspects et tous les événements du parcours pénitentiaire lors des premières semaines de détention, de placement en quartier disciplinaire, placement à l'isolement, période pré-sentencielle, sortie. Cette politique de prévention du suicide nécessite la mobilisation des professionnels sanitaires et pénitentiaires.

L'offre de soins pour **les publics spécifiques**, la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel est également à poursuivre.

b. Evaluer les difficultés d'application de la politique de réduction des risques et mettre en place les actions pour y remédier

Les recommandations vis-à-vis des affections virales, en particulier du VIH, sont précisées dans une circulaire conjointe des ministères de la Santé et de la Justice datant du 5 décembre 1996 et dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, réactualisé en 2004.

Ainsi, les progrès en prévention dans le domaine de la réduction des risques devront porter conformément à l'inventaire ANRS-PRI2E 2009 sur :

L'utilisation de l'eau de Javel

Les informations données aux détenus sur le VIH, les hépatites virales, les IST, les vaccinations

Les protocoles d'échanges de seringue

Les protocoles de substitution aux opiacés

La distribution de préservatifs

La prophylaxie post VIH

Prophylaxie du coiffage ou du tatouage- piercing

c. Lutter contre la tuberculose

En comparaison avec l'incidence en population générale (19,7 cas pour 100 000 habitants franciliens en 2005), seul indicateur disponible, la prévalence de la tuberculose dans les maisons d'arrêt d'Ile-de-France (106,9 cas pour 100 000 détenus) témoigne d'une fréquence beaucoup plus élevée de cette maladie dans la population carcérale (Ref : Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile-de-France. Enquête prospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006, Amandine Cochet (a.cochet@invs.sante.fr)^{1,2}, Hubert Isnard). En conséquence, il semble impératif de renforcer les liens et de développer des stratégies adaptées associant les équipes médicales des UCSA, les centres de lutte antituberculeuse et des travailleurs sociaux pour améliorer l'enquête autour d'un cas dans et hors l'établissement pénitentiaire (famille, proches), ainsi que la prise en charge médicale des détenus tuberculeux libérés. Dans ce contexte, l'utilisation de la télé-médecine et notamment de la télé-radiologie apparaît pertinente.

d. Mieux connaître et mesurer les besoins nutritionnels, les pratiques de consommation et les attentes des personnes détenues dans le domaine de l'alimentation.

Il s'avère nécessaire de collecter des indicateurs de l'état nutritionnel des personnes détenues lors de la consultation arrivant et au cours de la détention afin d'une part de garantir aux personnes détenues une alimentation suffisante et adaptée à la réalité de leurs besoins nutritionnels, et d'autre part de s'assurer que les personnes détenues bénéficient, au travers du service de restauration collective des établissements pénitentiaires, d'une alimentation correspondant à leurs besoins.

De plus, il semble intéressant de contrôler la restauration avec les mêmes exigences que dans les autres secteurs de la restauration collective.

e. Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues

S'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée et apporter toute mesure corrective. Améliorer aussi l'équipement des cabinets dentaires des Ucsa.

3. Renforcer l'offre de soins en milieu carcéral

a. Rendre plus attractif le travail des soignants en milieu carcéral doit contribuer à améliorer la prise en charge des personnes incarcérées. Quelques chiffres, 85 médecins généralistes pour 100 000 personnes en Ile-de-France contre 98 en France ; les problèmes de démographie médicale viennent s'ajouter aux conditions difficiles d'exercice en milieu carcéral.

b. Améliorer l'efficacité par la mise en place de la télé médecine dans les UCSA.

c. Réfléchir sur l'avenir de l'Epsnf, dont la fermeture avait été actée par la DHOS en 2008, et proposer plusieurs pistes de réflexion à la DGOS sur cet établissement.

L'évaluation du dispositif d'offre de soins hospitaliers devrait permettre de définir les évolutions nécessaires en proposant de :

- Rechercher le lieu d'implantation et définir la capacité de la prochaine UHSI en soins de suite et réadaptation,
- Renforcer le pôle de consultations externes déjà existant.
- Déterminer les besoins en Ile-de-France pour la création d'une structure médico-sociale permettant d'accueillir des personnes détenues dépendantes et handicapées.

d. Préparer la sortie

En étroite collaboration avec les personnels de l'administration pénitentiaire et du service d'insertion et de probation

III. CONCLUSION

Le développement en Ile-de-France d'une réelle politique de santé publique adaptée au milieu pénitentiaire, devrait pouvoir se réaliser à l'aide **d'un programme régional spécifique ambitieux**, appuyé sur une **dynamique partenariale** qui se traduit par une approche transversale et décloisonnée au sein de l'ARS, siège et délégation, articulée et coordonnée avec l'administration pénitentiaire et les partenaires extérieurs. Pour ce faire, **un comité de pilotage régional** va être installé afin de construire ensemble une politique volontariste en matière de santé en milieu pénitentiaire.

La réunion annuelle de **la commission Santé-Justice** aura lieu au mois de février 2012, l'ARS en assure le secrétariat, les grandes lignes du volet « santé des personnes détenues » seront présentées au cours de cette journée.

Après l'organisation de la journée Santé Justice, les professionnels vont se rencontrer, lors des groupes de travail sur les **3 grands thèmes** et les sous thématiques. Ils porteront sur **l'offre de soins, la prévention et les sorties de prison**. Ces réunions se poursuivront jusqu'au mois de mai 2012 avec des orientations propres à chaque territoire d'Ile-de-France. Dans ce cadre, deux appels à projet seront mis en place, le premier dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé dans le cadre du PRAPS. Le deuxième concerne l'utilisation de la télé médecine dans les UCSA.