

1

La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables

PRÉSENTATION

La population détenue, qui a atteint 67 683 personnes¹⁴⁵ au 1^{er} août 2013, présente d'importants besoins de santé¹⁴⁶. Aux dépendances à des substances psychoactives (38 % des détenus souffrent d'une addiction aux substances illicites, 30 % à l'alcool¹⁴⁷ et 80 % fument du tabac quotidiennement), s'ajoute notamment une prévalence très forte des maladies psychiatriques et infectieuses. Au moins un trouble psychiatrique est identifié chez huit détenus sur dix, le taux de détenus atteints de schizophrénie étant quatre fois plus important que dans la population générale. La prévalence des virus du SIDA (VIH) et de l'hépatite C est respectivement six fois plus élevée¹⁴⁸.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a visé à faire bénéficier les personnes détenues d'une prise en charge sanitaire d'une qualité identique à celle offerte à la population générale dans des conditions qui respectent leurs droits à la dignité et à la santé. À cet effet, elle a transféré cette responsabilité du ministère de la justice à celui chargé de la santé et, par suite, à des équipes médicales, rattachées à des établissements de santé, indépendantes de la hiérarchie des établissements pénitentiaires.

¹⁴⁵ Personnes effectivement détenues et hébergées à comparer à une population carcérale de près de 80 000 personnes, les autres bénéficiant d'aménagements de peine (source : direction de l'administration pénitentiaire).

¹⁴⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *La santé des personnes entrées en prison en 2003-2005*. 2003. Institut national de veille sanitaire. *La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de littérature*. 2013.

¹⁴⁷ CEMKA-EVAL. *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues*. 2006.

¹⁴⁸ Institut national de veille sanitaire et direction générale de la santé. *Enquête PREVACAR sur la prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés*. 2010.

Dans le prolongement de précédentes enquêtes où certains aspects de ces problématiques avaient déjà pu être évoqués¹⁴⁹, la Cour et les chambres régionales des comptes¹⁵⁰ ont cherché à apprécier, vingt ans après la loi de 1994, les progrès qu'elle a permis de réaliser, alors que s'achève un plan d'actions stratégiques¹⁵¹ visant à améliorer une prise en charge dont le coût total peut être estimé, en 2012, à plus de 344 M€.

Elles ont constaté que, malgré de réels progrès, l'offre de soins reste incomplète (I) et que demeurent des obstacles persistants à une prise en charge globale (II). Remédier aux difficultés observées suppose d'inscrire plus explicitement les soins aux détenus dans une démarche de santé publique plus fortement organisée (III).

I - Une offre de soins encore incomplète

Le parc pénitentiaire

Les 189 établissements pénitentiaires en fonctionnement au 1^{er} janvier 2013 se répartissent en trois catégories, en fonction du type de populations accueillies :

- 98 maisons d'arrêt détiennent les prévenus en attente de jugement et les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas deux ans lors de leur condamnation définitive, soit au 1^{er} janvier 2013, 45 128 personnes ;

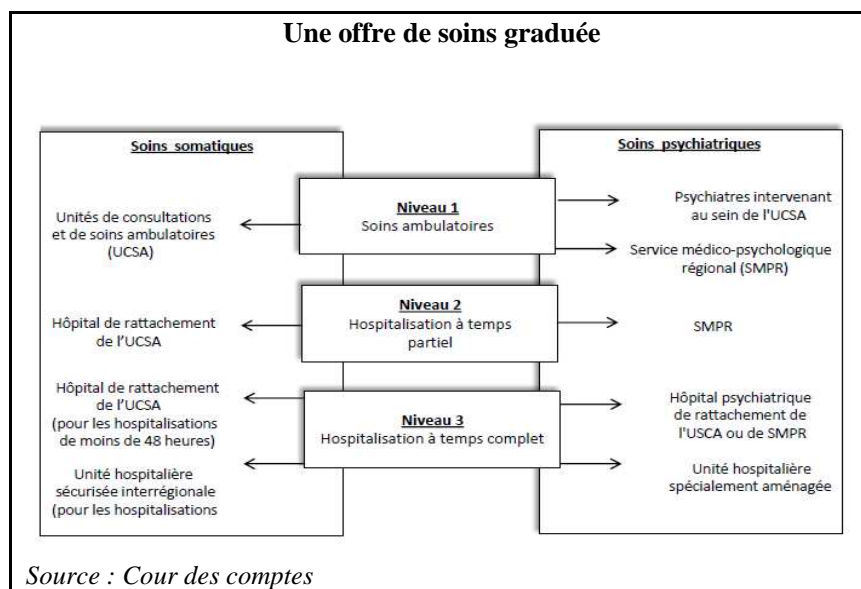
¹⁴⁹ Cour des comptes, *Rapport public thématique : Garde et réinsertion – La gestion des prisons*. 2006 ; *Rapport public thématique : le service pénitentiaire : prévenir la récidive, gérer la vie carcérale*. La Documentation française, 2010, 240 p. ; *Rapport public thématique : l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010*. 2011, 200 p. Ces rapports sont disponibles sur www.ccomptes.fr

¹⁵⁰ L'enquête a été réalisée dans le cadre d'une formation inter-juridictions réunissant la Cour et les chambres régionales des comptes d'Île-de-France, Champagne-Ardenne, Lorraine et Bretagne.

¹⁵¹ Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 - politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice a été adopté en octobre 2010.

- 85 établissements pour peine détiennent les personnes condamnées à des peines d'une durée supérieure ou bénéficiaires d'aménagement de peine, soit au 1^{er} janvier 2013, 21 185 personnes¹⁵² ;
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (soit 259 personnes au 1^{er} janvier 2013).

L'offre de soins aux personnes détenues dans ces différents établissements repose sur deux dispositifs : l'un pour les soins somatiques, l'autre pour les soins psychiatriques, chacun d'entre eux s'articulant autour de trois niveaux de prise en charge.



¹⁵² Ils correspondent à 6 maisons centrales où sont incarcérés les détenus condamnés aux peines les plus lourdes (2,5 % du total), 25 centres de détention réservés à des condamnés à des peines plus courtes ou qui témoignent de possibilités attestées de réinsertion sociale (27 % du total), 43 centres pénitentiaires - établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale, semi-liberté) -, 11 centres de semi-liberté où séjournent les condamnés soumis au régime de semi-liberté (2 % du total).

Les soins ambulatoires de premier niveau sont dispensés par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), tous désignés désormais sous le nom générique d'unités sanitaires. Rattachées à un établissement de santé, les unités sanitaires constituent des antennes de l'hôpital au sein même de l'établissement pénitentiaire.

Dotées de personnels médicaux et paramédicaux, les UCSA assurent les consultations et actes de médecine générale et de spécialité. Le traitement des troubles mentaux est pris en charge soit par des médecins psychiatres présents au sein des UCSA, soit principalement par l'un des 26 SMPR situés, depuis 1986, dans les maisons d'arrêt les plus importantes de chaque région pénitentiaire.

Les soins de deuxième niveau, qui nécessitent une prise en charge ou une hospitalisation à temps partiel, sont réalisés, en fonction de leur nature, à l'hôpital de rattachement ou dans certains SMPR.

Le troisième niveau comprend les soins requérant obligatoirement une extraction de la prison en vue d'une hospitalisation à temps complet. Les hospitalisations urgentes ou d'une durée inférieure à 48 heures sont assurées pour les affections à caractère somatique dans le centre hospitalier de rattachement de l'unité sanitaire, le cas échéant, dans une chambre sécurisée qui permet d'accueillir le patient détenu et facilite son accès au plateau technique de l'hôpital dans des conditions de sécurité renforcées¹⁵³ ; celles d'une durée supérieure à 48 heures s'effectuent dans une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI). Les hospitalisations psychiatriques à temps complet sont réalisées dans les établissements de santé habilités ou au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

A - Une offre de soins ambulatoires hétérogène

1 - De fortes disparités de personnel

Ainsi que le montre le tableau suivant, les équipes des unités sanitaires ont globalement presque doublé entre 1997 et 2012. Cet effort de rattrapage considérable a porté essentiellement sur les personnels paramédicaux au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires

¹⁵³ Implantées dans les établissements hospitaliers de rattachement des unités sanitaires et surveillées par les forces de l'ordre, les chambres sécurisées répondent à des critères nationaux de localisation et d'aménagement. Sur un objectif de 250 chambres sécurisées, 235 ont été recensées en 2013. Seules 57 étaient toutefois conformes aux normes fixées par une circulaire interministérielle du 13 mars 2006.

(UCSA). Il apparaît néanmoins plus mesuré quand on le rapporte à la progression de la population détenue de l'ordre de 25 % depuis 1994, et à l'importance accrue de ses besoins de soins, notamment en santé mentale, même si aucune étude épidémiologique globale depuis 2003 ne permet d'en mesurer finement l'évolution.

Tableau n° 1 : évolution des effectifs du personnel de santé en unités sanitaires en équivalents temps plein (ETP)

	1997	2001	2007	2012	□ Évolution 1997/2012
médecins somatiques	200	257	306	311	56 %
médecins psychiatriques	114	146	163	180	57 %
non médicaux somatiques	637	910	1442	1473	131 %
non médicaux psychiatriques	394	562	454	631	60 %
TOTAL	1 345	1 875	2 365	2 595	93 %

Source : ministère de la santé - direction générale de l'offre de soins.

On constate, par ailleurs, une très grande hétérogénéité régionale, variable selon les catégories de personnel mais affectant tout particulièrement les médecins spécialistes et les psychiatres comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 2 : disparités régionales en personnel de santé exerçant en unités sanitaires (2011)

	Taux moyen en ETP pourvus pour 1 000 détenus	Taux régional le plus bas	Taux régional le plus élevé	Pourcentage de postes budgétés non pourvus
Médecins généralistes	3,37	1,76 (Martinique)	4,95 (Pays de la Loire)	5,50 %
Médecins spécialistes	0,53	0,16 (Guadeloupe)	1,09 (Picardie)	22 %
Dentistes	1,57	0,66 (Guadeloupe)	2,43 (Nord-Pas-de-Calais)	7 %
Infirmiers	14,84	10,22 (Basse-Normandie)	25,43 (Franche-Comté)	4 %
Kinésithérapeutes	0,45	0,08 (Centre)	1,08 (Nord-Pas-de-Calais)	23 %
Psychiatres	3,16	1,3 (Champagne-Ardenne)	6,94 (Guadeloupe)	16 %
Psychologues	5,22	2,26 (Pays de la Loire)	7,84 (Picardie)	7 %
Infirmiers psychiatriques	7,75	4,58 (Aquitaine)	15,69 (Alsace)	8 %

Source : ministère chargé de la santé - direction générale de l'offre de soins.

De fortes disparités sont aussi constatées au sein d'une même région entre unités sanitaires en fonction de leur lieu d'implantation. Elles se conjuguent avec des difficultés récurrentes à recruter dont témoigne l'importance des postes non pourvus, non seulement de médecins spécialistes et de psychiatres, mais aussi d'autres catégories comme les masseurs-kinésithérapeutes.

Joue à cet égard la problématique de la démographie médicale, s'agissant particulièrement de la psychiatrie. Plus globalement, les inégalités de répartition territoriale des professionnels de santé se retrouvent dans les disparités observées : il en va ainsi notamment de la densité médicale des départements d'outre-mer nettement inférieure à celle de la métropole ou *a contrario* celle très sensiblement plus élevée qu'ailleurs des masseurs-kinésithérapeutes en Nord-Pas-de-Calais.

Mais se pose plus spécifiquement la question du manque d'attractivité de l'exercice en prison, eu égard notamment aux contraintes résultant des règles applicables en détention. Des actions ont été ainsi parfois engagées par certaines unités sanitaires pour mieux faire connaître et faciliter leur mission : formations au sein de l'hôpital de proximité, accueil d'internes, affectation partagée entre l'unité sanitaire et d'autres fonctions hospitalières. L'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Brest a, par exemple, conclu un partenariat avec une faculté d'odontologie pour accueillir en stage de 100 heures par semestre des étudiants de sixième année. Ces derniers sont chargés d'effectuer le dépistage bucco-dentaire des personnes détenues à leur arrivée en détention, à la place des dentistes de l'unité qui peuvent ainsi se concentrer sur les soins lourds.

En tout état de cause, le ministère de la santé ne dispose pas d'analyse des besoins et n'a pas souhaité, en 2012, maintenir les ratios indicatifs de personnels de santé par type et taille d'établissements pénitentiaires qu'il avait institués en 2005, ce qui ne peut faciliter la résorption des écarts constatés.

2 - Une mise à niveau encore insuffisante des locaux et des systèmes d'information

À la modernité des unités sanitaires implantées dans des prisons partiellement rénovées ou récemment construites, telles que les centres pénitentiaires de Metz, Nancy-Maxéville ou de Rennes-Vezin, s'opposent les conditions très dégradées de fonctionnement de prisons plus anciennes où les locaux sanitaires sont souvent très vétustes et exigus comme au centre pénitentiaire de Fresnes, au centre de détention de Melun, ou à la maison d'arrêt des Baumettes à Marseille¹⁵⁴.

La rénovation de ces locaux, qui incombe à l'administration pénitentiaire, reste très limitée et lente. En 2013, 5 M€ devraient y être consacrés, soit moins de 2 % des crédits inscrits en loi de finances pour 2013 au titre de l'entretien du gros œuvre et des travaux de rénovation et de réhabilitation des établissements. Elle ne s'est au demeurant pas inscrite jusqu'à présent dans un schéma directeur d'ensemble permettant de définir et de programmer des actions prioritaires de remise à niveau. Ce n'est qu'en 2014 que sera disponible un état des lieux de la qualité des

¹⁵⁴ Cf. à ce sujet Cour des comptes, *Rapport public thématique : l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010)*, p. 66. Le service médico-psychologique régional (SMPR) des Baumettes : un état indigne. La Documentation française, décembre 2011, 209 p., disponible sur www.ccomptes.fr

locaux des unités sanitaires. Encore faut-il que les travaux envisagés à sa suite soient fondés sur une analyse fonctionnelle suffisante, à défaut de quoi ils risquent de se révéler rapidement inadaptés aux besoins, comme la Cour a pu en relever des exemples¹⁵⁵.

En tout état de cause, l'accélération de la modernisation de ces locaux apparaît aujourd'hui une nécessité. Elle pourrait, s'agissant de lieux d'exercice d'équipes hospitalières, s'insérer, le cas échéant, dans le cadre de la relance des investissements des établissements de santé récemment annoncée par les pouvoirs publics en mobilisant éventuellement alors des crédits de l'assurance maladie en complément de l'effort financier de l'État.

Pour les équipements informatiques, les retards constatés commencent à se résorber grâce au plan stratégique 2010-2014. En 2012, une enveloppe de 4,5 M€ a ainsi été déléguée aux agences régionales de santé pour développer la connexion entre l'unité sanitaire et son établissement de santé de rattachement ainsi que l'utilisation d'outils informatiques de facturation et de production de soins. En mars 2013, il ne restait que 3 % des unités sanitaires à ne pas être connectées ou en voie de l'être, contre 21 % en 2010.

En 2011, seulement 20 % des unités déclaraient toutefois utiliser des dossiers patient informatisés, de type hospitalier. Le dossier médical personnel, qui n'a pas fait l'objet d'une stratégie de déploiement ciblé ainsi que la Cour l'a souligné¹⁵⁶, ne bénéficie pas de fait à la population détenue. Cet outil apparaît cependant particulièrement adapté pour permettre à des équipes médicales situées dans des locaux différents d'assurer la coordination et la continuité des soins des personnes détenues et faciliter, après leur sortie de détention, la poursuite de leur parcours de soins.

Le développement de l'interopérabilité des systèmes d'information pénitentiaire (GIDE et GENESIS) et hospitalier, dans le strict respect du secret médical et des impératifs de sécurité, permettrait aussi sur un autre plan, d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des unités sanitaires, en rendant notamment plus aisée la planification des consultations en

¹⁵⁵ Cf. Cour des comptes, *Rapport public thématique : l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010)*. La Documentation française, décembre 2011, 209 p., disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁵⁶ Cf. Cour des comptes, *Communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale : Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place*. La Documentation française, juillet 2012, 133 p., disponible sur www.ccomptes.fr

fonction des autres activités du détenu et des contraintes de l'administration pénitentiaire. Trop d'incompatibilités inopinées se traduisent, en effet, par des annulations de dernière minute, onéreuses et préjudiciables à la qualité des soins.

Un recours embryonnaire à la télémedecine

La télémedecine peut permettre de faciliter l'accès des patients détenus à certains soins de spécialité et de diminuer le nombre d'extractions pour raison médicale.

En 2011, seules 13,5 % des unités sanitaires avaient cependant mis en place des consultations de télémedecine. Aussi, la santé des personnes détenues a-t-elle été identifiée par le ministère de la santé comme l'un des cinq chantiers prioritaires de la stratégie nationale de déploiement de la télémedecine. Deux projets pilotes sont engagés à ce titre en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'agence régionale de santé de Bourgogne a fait de la télémedecine en milieu carcéral l'un des axes majeurs de son programme régional de télémedecine.

B - Un dispositif d'hospitalisation à améliorer

1 - Un faible usage des capacités d'hospitalisation somatique

La création d'unités réservées à l'hospitalisation des personnes détenues, envisagée dès 1994 pour faire face aux difficultés rencontrées pour organiser les extractions et les hospitalisations dans les hôpitaux de rattachement des unités sanitaires, ne s'est concrétisée que très lentement.

Un arrêté ministériel du 24 août 2000 a fixé la liste des centres hospitaliers universitaires retenus pour l'implantation de huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)¹⁵⁷ représentant 182 lits, dont 12 de soins de suite et de réadaptation (SSR). La construction et l'ouverture de l'ensemble de ces unités, dont le coût total s'est élevé à 44,2 M€, se sont ensuite échelonnées de 2004 à 2013.

¹⁵⁷ Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) sont des structures hospitalières spécialement aménagées et sécurisées, construites dans l'enceinte des centres hospitaliers universitaires (CHU) de Nancy, Rennes, Lille, Bordeaux et Toulouse, de la Pitié-Salpêtrière à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, des hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille. La garde intérieure et extérieure comme les escortes pour accéder au plateau technique de l'hôpital et entre ce dernier et l'établissement pénitentiaire d'origine du détenu sont assurées par l'administration pénitentiaire.

En 2011, le dispositif d'hospitalisation somatique a permis 10 347 hospitalisations à temps complet, dont 31 % en UHSI. Si on dénombre en moyenne 58 hospitalisations pour 1 000 détenus, ce taux est beaucoup plus important dans les établissements pour longue peine¹⁵⁸ (dont la population carcérale est plus âgée) que dans ceux pour courte peine¹⁵⁹, les détenus et les médecins préférant, lorsque l'état de santé des premiers le permet, reporter l'hospitalisation après la détention.

L'établissement public de santé national de Fresnes

Placé sous la double tutelle du ministère de la justice et de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, l'établissement public national de santé de Fresnes (EPSNF) est le seul établissement de santé exclusivement destiné à l'accueil des personnes incarcérées. Financé par une dotation globale de fonctionnement de 10,3 M€, il offre 80 lits d'hospitalisation complète, dont 16 lits de médecine, 24 lits de soins de suite polyvalents et 40 lits de soins de suite et de réadaptation.

En 2008, la décision a été prise de le fermer en 2012, échéance repoussée aujourd'hui à 2015, sans que pour autant les modalités de cette fermeture aient été clairement définies.

Malgré son avenir incertain, l'équipe dirigeante a élaboré un projet médical destiné à redynamiser la structure, qui recueille le soutien de l'agence régionale de santé d'Île-de-France. Celui-ci est principalement axé sur sa complémentarité avec l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de la Pitié-Salpêtrière et sur le développement de son activité de soins de suite et de réadaptation. L'établissement de Fresnes a, en effet, une compétence semi-nationale dans ce domaine, l'autre pôle national étant situé à l'UHSI de Marseille. Il dispose, en outre, d'un service unique en France spécialisé dans la prise en charge en soins de suite des personnes détenues présentant des déficits aigus ou chroniques.

Pour autant, la vocation régionale et nationale de l'établissement de Fresnes est encore largement insuffisante : le dispositif de soins de suite est notamment peu attractif du fait de son éloignement géographique des prisons d'origine des détenus et de leurs attaches familiales. Le fonctionnement de l'établissement, dont le ratio de personnels par patient détenu apparaît très élevé, est en outre onéreux.

Ces éléments rendent particulièrement souhaitable une décision rapide des autorités de tutelle sur l'avenir de cet établissement.

¹⁵⁸ 159 hospitalisations pour 1 000 détenus en maisons centrales et 104 hospitalisations pour 1 000 détenus en centres de détention.

¹⁵⁹ 55, 21 et 50 hospitalisations pour 1 000 détenus respectivement en centres pénitentiaires, en établissements pour mineurs et en maisons d'arrêt.

Bien que le nombre d'hospitalisations en unités hospitalières sécurisées ne cesse d'augmenter et que le taux d'occupation de ces structures progresse¹⁶⁰, ce dernier reste faible par rapport au taux cible de 80 %. De même, celui des chambres sécurisées est estimé par le ministère de la santé à seulement 20 à 30 %.

Cette situation résulte en partie d'une insuffisante coordination des unités sécurisées et des unités sanitaires. Celles-ci ont, en effet, souvent tendance à privilégier les hospitalisations dans leur établissement de rattachement, y compris pour des hospitalisations supérieures à 48 heures. Jouent également, mais dans une proportion qui n'a fait l'objet d'aucune analyse précise, les contraintes liées au nombre limité d'escortes disponibles, mais aussi les refus parfois opposés par les personnes détenues elles-mêmes, en raison notamment des modalités d'extraction (menottage quasi systématique et pose fréquente d'entraves) et des conditions de vie en unités et en chambres sécurisées, jugées paradoxalement plus difficiles qu'en prison (absence de salle d'activité, de cour de promenade, interdiction de fumer, éloignement familial). Nombre d'hospitalisations sont aussi annulées à la suite de la libération ou du transfert d'un détenu dont l'hôpital n'a pu être informé. On ne peut exclure enfin, selon le ministère de la santé, un éventuel surdimensionnement du dispositif dû à des projections imprécises, mais aucune étude n'a été engagée pour étayer cette perception.

Les initiatives de l'unité hospitalière sécurisée de Rennes

Afin de conforter son positionnement et son taux d'occupation, l'unité hospitalière sécurisée (UHSI) de Rennes a pris plusieurs mesures : présentation de ses modalités de fonctionnement à toutes les unités sanitaires mais également aux différents services du centre hospitalier universitaire (CHU) lui-même, afin de favoriser l'intervention des praticiens hospitaliers en son sein même de façon à limiter les escortes de patients détenus vers le plateau technique ;

- demande d'hospitalisation simplifiée par voie informatique ; gestion par les équipes hospitalières et pénitentiaires de l'unité de l'ensemble des transferts entre l'unité et les établissements pénitentiaires d'origine ;
- développement des soins de suite et de réadaptation ;
- organisation de la coordination de toutes les consultations au CHU de la personne détenue pour éviter la multiplication des extractions et simplifier le travail des unités sanitaires ;

¹⁶⁰ 61 % en 2010, 63 % en 2011 et 66,9 % en 2012.

- assouplissement de certaines règles de sécurité afin de faciliter le travail du personnel de santé ;
- distribution d'un livret d'accueil pour les détenus.

2 - Une offre d'hospitalisation psychiatrique incomplète

Toutes les régions ne disposent pas encore d'une offre d'hospitalisation de jour en psychiatrie qui réponde aux besoins de tous les établissements pénitentiaires qui y sont situés. Celle-ci n'est aujourd'hui assurée, en effet, que par 20 des 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Six de ces derniers n'ont pas de cellules d'hébergement et cinq régions ne possèdent même pas de SMPR propres mais sont rattachées à celui d'une région voisine. De façon plus générale, les SMPR, à de rares exceptions, peinent à remplir la mission qui leur incombe de coordination régionale des différents acteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile intervenant en milieu pénitentiaire. En outre, leur compétence régionale n'est pas effective puisqu'en 2011, seuls 20 % des 1 125 patients en hospitalisation de jour en SMPR venaient d'établissements pénitentiaires différents de celui où ce dernier est installé¹⁶¹.

S'agissant de l'hospitalisation à temps complet, la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu l'hospitalisation libre ou sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux dans des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) au sein des établissements de santé. Ces unités sont gérées comme un service classique selon les règles hospitalières normales, mais leur sécurité externe est assurée selon les normes carcérales, sans présence de personnel pénitentiaire dans les locaux de soins sauf problème de sécurité. Cependant, le programme de déploiement des unités hospitalières spécialement aménagées en deux tranches, qui aurait dû s'étaler entre 2008-2010 et 2010-2011, accuse d'importants retards : sur les neuf unités de la première tranche, qui comporte 440 lits, trois unités ont ouvert entre 2010 et 2012, quatre l'ont été seulement en 2013 et deux unités n'entreront en service qu'en 2015¹⁶².

¹⁶¹ Les magistrats et l'administration pénitentiaire orientent, il est vrai en priorité dans les maisons d'arrêt disposant de services médico-psychologiques régionaux (SMPR), les détenus lorsqu'ils constatent que ceux-ci sont atteints de troubles psychiatriques.

¹⁶² Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de la première tranche sont situées à Paris, Lyon, Marseille, Lille, Nancy, Rennes, Orléans, Toulouse et Bordeaux. La seconde tranche prévoyait 4 unités de 40 places, une unité de 60 places et 3 unités de 15 places en outre-mer.

Comme la Cour l'a déjà souligné dans son rapport sur l'organisation des soins psychiatriques¹⁶³, le coût de ces structures est particulièrement élevé en termes d'investissement (150 M€ dont 17 M€ de travaux de sécurisation) et de fonctionnement (30 M€ en 2012). Mais, leur création a permis incontestablement d'améliorer l'offre et la qualité des soins psychiatriques. Leur taux d'occupation moyen, qui s'est élevé en 2012 à 90 %, est très supérieur à celui des unités hospitalières sécurisées destinées aux soins somatiques.

Au-delà de l'importance des problématiques de santé mentale au sein de la population carcérale, jouent à cet égard les conditions de prise en charge offertes par les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Ces unités disposent toutes d'une cour thérapeutique et autorisent les personnes détenues à fumer. Leurs projets médicaux reposent sur la proposition aux patients accueillis de nombreuses activités, y compris collectives, et sur un régime de portes ouvertes en journée. Leur durée moyenne de séjour, variant entre 30 et 65 jours, et leur taux moyen d'occupation, très important, posent cependant la question de leur difficulté d'accès.

Le lancement de la deuxième tranche initialement programmée, dont l'engagement a été suspendu pour évaluer le fonctionnement des premières unités installées, suppose cependant une évaluation précise de leurs coûts par rapport à d'autres dispositifs mis en place parallèlement.

L'unité Badinter¹⁶⁴ : la recherche d'une alternative à l'implantation d'une unité hospitalière spécialement aménagée

Implantée dans le centre hospitalier de Rouvray (Eure), cette unité fermée de 8 lits et 2 chambres d'isolement, sans surveillance intérieure ni extérieure de l'administration pénitentiaire, est réservée à l'hospitalisation sur demande du représentant de l'État des personnes détenues en provenance principalement de la maison d'arrêt de Rouen et du centre de détention de Val-du-Reuil (Eure).

¹⁶³ Cf. à ce sujet Cour des comptes, Rapport public thématique : l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010), p. 66. La Documentation française, décembre 2011, 209 p., disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁶⁴ Robert BADINTER, ancien garde des sceaux, ancien président du Conseil constitutionnel, a accepté de donner son nom à cette unité d'hospitalisation.

Présentée comme une solution alternative aux unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), le coût de fonctionnement d'une telle unité apparaît toutefois plus élevé, alors que les conditions de sécurité n'y sont pas comparables et que son fonctionnement conduit à faire assurer au personnel de l'hôpital des missions qui ne sont pas les siennes (contrôle de l'accès et de l'identité des visiteurs à l'unité). Néanmoins, en l'absence, pour l'heure, d'UHSA dans l'interrégion pénitentiaire concernée, l'unité Badinter, dont le taux d'occupation moyen est de 90 %, constitue une structure utile.

L'hospitalisation à la demande du représentant de l'État¹⁶⁵ dans un établissement psychiatrique ne comportant pas d'unité spécialisée demeure ainsi le principal mode d'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux¹⁶⁶, dans des conditions qui n'assurent pas une prise en charge satisfaisante. En effet, ces patients sont quasi-systématiquement placés en chambre d'isolement ou en unité pour malades difficiles. Leur état de santé ne justifie pourtant pas nécessairement une telle mesure. Leur sortie est souvent précoce alors même que leur situation n'est pas encore stabilisée¹⁶⁷. Ce constat s'explique par la réticence parfois à devoir immobiliser un lit pour une période longue compte tenu de la lourdeur de la pathologie dans un contexte de saturation des possibilités d'accueil, par le sentiment d'insécurité du personnel lié à la présence d'un détenu présumé dangereux et par le risque d'évasion accru, l'administration pénitentiaire n'assurant aucune garde dans les hôpitaux psychiatriques.

L'évolution de l'offre de soins aux personnes détenues se caractérise ainsi par de réels progrès, mais encore loin d'être aboutis et très inégaux selon le type de soins et leur degré d'urgence.

En matière somatique, les soins de premier niveau, qui s'appuient très fortement sur le personnel infirmier, et les urgences apparaissent dans l'ensemble pris en charge correctement même si le contrôleur général des lieux de privation de liberté est fréquemment saisi de situations

¹⁶⁵ Depuis 2011, l'hospitalisation d'office a été remplacée par l'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État. Celle-ci constitue l'une des deux procédures de soins sans consentement, l'autre étant l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

¹⁶⁶ En 2012, 3 188 admissions en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État ont été dénombrées par l'administration pénitentiaire. En 2011, le nombre de patients hospitalisés était de 14 pour 1 000 détenus selon l'Observatoire des soins aux détenus.

¹⁶⁷ Selon les données recueillies par la direction de l'administration pénitentiaire, la durée moyenne de séjour des personnes détenues était, en 2012, de 18,3 jours contre 37 jours pour la population générale.

insatisfaisantes. Les prises en charge au long cours d'affections de longue durée peuvent notamment, selon lui, être problématiques.

L'offre de soins en santé mentale apparaît en fort retard par rapport au dispositif de prise en charge somatique alors même que la population détenue concentre des pathologies en santé mentale nombreuses et souvent lourdes. Cette défaillance est constatée à tout niveau, qu'il s'agisse des soins ambulatoires en unités sanitaires, des capacités d'hospitalisation de jour, ou des possibilités d'hospitalisation complète dans des conditions adaptées. La saturation des unités psychiatriques spécialement aménagées contraste ainsi fortement avec la sous-occupation des unités sécurisées destinées aux prises en charge de pathologies somatiques.

II - Des obstacles persistants à une prise en charge globale

La prise en charge des besoins de santé des personnes détenues ne résulte pas uniquement du développement de l'offre sanitaire. Elle dépend également de leur couverture sociale et de leur possibilité d'accéder effectivement à des soins. Or celles-ci sont tributaires de la coordination des différents acteurs intervenant dans le parcours des détenus ainsi que des conditions mêmes de leur détention.

A - Une protection sociale des détenus pas toujours effective

Les détenus (et leurs ayants droit) sont affiliés systématiquement aux assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale, à compter de la date de leur incarcération. Cette affiliation peut être prolongée d'un an après leur libération.

Cette couverture sociale, protectrice dans ses principes, se heurte toutefois, dans la pratique, à des difficultés qui peuvent en réduire l'effectivité. Les modalités de gestion et de suivi des droits sociaux des personnes détenues sont, en effet, variables d'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à une autre. On constate fréquemment des problèmes d'affiliation, d'ouverture ou de reprise de droits et un défaut d'information de la personne détenue sur l'étendue de ses droits à l'entrée comme à la sortie de la détention.

En 2012, 65 % des CPAM seulement avaient signé avec des établissements pénitentiaires des conventions pour améliorer la gestion des droits des détenus. La conclusion d'une nouvelle convention type définissant les obligations respectives des caisses, des services pénitentiaires d'insertion et de probation et des établissements pénitentiaires, généralisée en principe fin 2013, devrait permettre, à condition d'être effectivement appliquée, d'uniformiser les pratiques et de garantir la continuité de la protection sociale des personnes détenues.

B - Une coopération entre les différents acteurs encore très variable

Les professionnels de santé et le personnel pénitentiaire travaillent globalement en bonne intelligence dans le respect des compétences et des contraintes propres à chacun. Au-delà des relations interpersonnelles, plusieurs outils institutionnels ont contribué à favoriser ces échanges et à mieux encadrer cette collaboration, en particulier le protocole cadre qui précise les obligations respectives de l'établissement pénitentiaire et de l'établissement de santé pour assurer le fonctionnement de l'unité sanitaire et le comité de coordination, qui est l'instance de concertation des parties sur l'application du protocole.

La commission pluridisciplinaire unique

Prévue depuis 2010 par l'article D. 90 du code de procédure pénale, la « commission pluridisciplinaire unique », qui réunit sous la présidence du chef d'établissement pénitentiaire, les représentants des différents services intervenant en détention (travail, formation, éducation, etc.), est également l'occasion d'un partage d'informations sur la situation individuelle des personnes détenues afin de leur proposer une prise en charge pénitentiaire adaptée.

Le refus de certains professionnels de santé d'y participer pour des raisons tenant à la préservation du secret médical cristallise parfois des tensions dans certaines prisons, mais dans la grande majorité des cas, elle permet une coopération utile pour la bonne prise en charge des personnes détenues, notamment en matière de prévention du suicide, dans le respect vigilant des prérogatives et compétences de chacun.

Dans de nombreux établissements pénitentiaires, l'organisation de formations communes qui réunissent personnels de santé et équipes pénitentiaires contribue également à une meilleure connaissance des missions des uns et des autres et à l'amélioration des relations professionnelles. Certaines unités sanitaires assurent aussi des formations

très appréciées en matière de prévention du suicide ou de sensibilisation aux troubles psychiatriques, qui permettent d'apporter aux personnels pénitentiaires des conseils sur la façon de se comporter avec les détenus atteints de troubles mentaux.

La coordination des personnels de santé, chargés des unités de consultations et de soins ambulatoires, avec les équipes des services médico-psychologiques régionaux n'est pas moins indispensable. Elle s'effectue *a minima* lors de la visite médicale obligatoire pour les détenus entrants¹⁶⁸. La coopération apparaît toutefois insuffisante dans nombre d'établissements (absence de dossier médical unique et/ou d'équipe médicale commune). Des situations conflictuelles naissent parfois à propos de la gestion de l'urgence psychiatrique, de la prise en charge des addictions ou de la distribution des médicaments, et perdurent souvent faute qu'interviennent, pour y mettre fin, les instances médicales des établissements de rattachement.

La coordination avec les acteurs du secteur médico-social n'est pas non plus toujours satisfaisante, que ce soit avec les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie ou pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie.

La situation préoccupante des personnes détenues en situation de handicap et de dépendance

En raison des conditions de la détention comme aussi souvent du fait de leurs modalités de vie antérieure, les détenus de plus de 60 ans, dont le nombre a doublé en 15 ans pour représenter 3,5 % de la population carcérale en 2012, sont plus exposés au risque de développer certaines pathologies notamment chroniques (affections cardio-vasculaires, cancer, diabète, etc.) et de souffrir de perte d'autonomie.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a consacré le principe selon lequel la désignation d'un aidant constitue un droit pour la personne détenue, qui doit, en outre, pouvoir bénéficier des prestations sociales dans les conditions de droit commun¹⁶⁹.

¹⁶⁸ Cette visite, qui est obligatoirement proposée dans les premiers jours suivants l'incarcération, permet de repérer les différentes pathologies de la personne détenue, de prévenir une rupture de traitement médical et de l'orienter si besoin vers les services spécialisés, notamment psychiatriques et addictologiques.

¹⁶⁹ L'allocation aux adultes handicapés à taux réduit, l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap.

De nombreuses difficultés d'accès à ces prestations ont cependant été constatées, que ce soit au stade de formulation de la demande, de son instruction et de sa mise en œuvre. Peu d'associations d'aide à la personne acceptent de se déplacer en prison. À la crainte suscitée par la détention chez un personnel majoritairement féminin, s'ajoutent les contraintes de fonctionnement des prisons, accentuées par le fait que certains conseils généraux ont pour politique générale de ne prendre en charge que le coût horaire correspondant à la réalisation de la prestation elle-même, à l'exclusion du temps perdu en déplacements ; or ces derniers peuvent être très longs au sein des établissements pénitentiaires, comme parfois pour y venir.

Des conventions ont pu parfois être signées entre des services pénitentiaires d'insertion et de probation, des conseils généraux et des services d'aide à domicile, ou avec des services de soins infirmiers à domicile, mais elles restent trop rares. Ces multiples difficultés de coordination sont tout particulièrement lourdes de conséquences au moment de la sortie de prison, avec pour effet des discontinuités de soins qui compromettent la réinsertion.

Les conditions mêmes de la sortie peuvent, en effet, faire obstacle à l'organisation du suivi médical du fait de l'ignorance par l'équipe sanitaire de la date de la levée d'écrou ou d'une libération dans une zone géographique différente. Alors que l'organisation d'une visite médicale d'entrée est effective dans toutes les prisons, la consultation qui doit en principe être proposée à tout détenu condamné dans le mois précédant la fin de sa peine selon l'article 53 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 est souvent difficilement mise en œuvre. Elle vise cependant à permettre d'organiser plus systématiquement le relais avec le système de soins extra-pénitentiaire, tout en offrant l'opportunité d'un suivi épidémiologique par comparaison des données de santé à la sortie avec le bilan réalisé lors de la visite médicale obligatoire d'entrée.

Les risques de rupture de soins du fait d'une méconnaissance par le détenu de ses droits sociaux, de l'absence d'orientation vers des relais de soins extérieurs ou d'une insuffisance d'appui pour une admission dans des structures médico-sociales adaptées ont été accrus par la modification des missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Le recentrage depuis 2008 de leur action sur l'exécution de la peine, l'approche criminologique et la prévention de la récidive s'est, en effet, effectué au détriment de leur mission d'accompagnement social, sans qu'ils parviennent, par ailleurs, à mobiliser des partenaires extérieurs pour compenser cette évolution.

Le ministère de la justice a demandé à cet égard au ministre de la santé et des affaires sociales, l'inscription, dans les conventions

d'objectifs et de gestion des caisses nationales d'assurance maladie et d'allocations familiales, d'une obligation de permanence au sein des établissements pénitentiaires. La convention passée avec la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) en juillet 2013 n'en a cependant pas retenu le principe, certaines caisses d'allocations familiales ne s'estimant pas en mesure de tenir de telles permanences.

Ces ruptures de prise en charge sont tout particulièrement préjudiciables aux personnes atteintes de pathologies mentales qui, comme la Cour l'avait fortement souligné dans son rapport sur l'organisation des soins psychiatriques¹⁷⁰, sont confrontées à des difficultés d'orientation à leur sortie d'une très grande complexité.

Les consultations psychiatriques postpénales en milieu ouvert : une solution à développer ?

Face à l'insuffisance des structures spécialisées, plusieurs services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont mis en place des consultations de suivi post-pénal pour les patients libérés. Cette consultation postpénale joue un rôle de « sas », en offrant au détenu une prise en charge dans un cadre familial car analogue au suivi réalisé pendant l'incarcération, dans la période post-carcérale qui peut être très anxiogène pour la personne libérée, et en favorisant le relais des soins avec les structures de droit commun. Bien que les expériences en aient confirmé l'utilité, ces consultations restent peu développées.

C - Une démarche de santé trop souvent dépendante du fonctionnement pénitentiaire

L'enfermement, la promiscuité, la violence, l'inactivité, l'isolement et la rupture des liens familiaux agissent comme autant de déterminants négatifs sur la santé des personnes détenues. Dans les prisons anciennes (57 % ont été construites avant 1920), les carences en matière d'hygiène sont particulièrement problématiques : absence d'eau chaude et de douche dans les cellules (les détenus ne pouvant prendre une douche que 3 fois par semaine), présence de nuisibles, mauvaise isolation, etc. La surpopulation renforce encore ces difficultés : au 1^{er} août 2013, le taux moyen d'occupation des prisons atteignait 118 % et pouvait s'élever

¹⁷⁰ Cf. à ce sujet Cour des comptes, *Rapport public thématique : l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010)*, p. 66. Le SMPR des Baumettes : un état indigne. La Documentation française, décembre 2011, 209 p., disponible sur www.ccomptes.fr

jusqu'à plus de 200 % dans les maisons d'arrêt d'Orléans, de Béthune ou de Fontenay-le-Comte.

La croissance continue de la population pénale ne s'est pas accompagnée d'une adaptation corrélative systématique des protocoles entre unités sanitaires et établissements pénitentiaires. L'équilibre, toujours délicat et fragile entre droits des personnes, exigences du soin, et nécessités de sécurité ne s'établit souvent pas de manière satisfaisante. Même si de multiples exemples de bonnes pratiques peuvent être recensés, les règles de fonctionnement et de sécurité des prisons peuvent rendre de plus en plus difficile l'accès aux soins dans un contexte de sur-occupation carcérale. S'il existe, par exemple, des boîtes aux lettres relevées par le personnel de santé dans nombre de prisons, lorsque cela n'est pas le cas, la demande écrite déposée par le détenu pour obtenir un rendez-vous médical peut ne pas parvenir à l'unité sanitaire. Le fort taux d'absentéisme aux consultations médicales, estimé entre 10 à 30 %, peut s'expliquer en partie par le fait que la personne détenue n'a pas été informée de l'horaire de son rendez-vous ou qu'elle a rencontré des difficultés pour rejoindre l'unité sanitaire. Ce type de difficultés peut jouer aussi dans le faible succès des actions d'éducation à la santé.

Des actions de prévention et d'éducation à la santé à mieux organiser

L'incarcération peut constituer un temps utile pour sensibiliser à des préoccupations de santé des personnes qui en sont généralement éloignées. Les actions de prévention et d'éducation pour la santé adaptées aux problématiques des personnes détenues (addictions, maladies infectieuses, estime de soi, gestion du stress, vie affective et sexuelle, nutrition, santé bucco-dentaire, etc.) se sont considérablement développées en détention, mais avec de grandes disparités entre les établissements pénitentiaires.

En 2011, dans les 85 % des prisons où ont été réalisées des actions de ce type, le nombre de sessions a varié de 1 à 18, avec une moyenne de 5. Elles mobilisent des moyens non négligeables qui ne sont pas forcément en rapport avec le nombre de bénéficiaires, bien souvent dérisoire¹⁷¹.

Le respect du secret médical en milieu pénitentiaire est difficile, comme le contrôleur général des lieux de privation de liberté l'a souligné¹⁷² en en donnant plusieurs illustrations : configuration des locaux

¹⁷¹ Cf. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, *État des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire*, 2012.

¹⁷² Cf. Contrôleur général des lieux de privation de liberté *Rapport d'activité 2010*, Chapitre 3 - Secrets et confidentialité dans les lieux de privation de liberté.

sanitaires ne permettant pas de préserver l'intimité de la personne, présence de surveillants dans la salle de soins ou lors des examens médicaux, distribution des médicaments en cellule à la vue de tous permettant d'identifier les personnes bénéficiant d'un traitement spécifique, carence d'interprétariat professionnel pour les détenus étrangers (qui représentaient 18 % de la population carcérale au 1^{er} janvier 2013) absence de mise en relation directe du détenu et du médecin par téléphone en cas d'urgence, dossiers médicaux conservés dans des armoires non fermées à clé, etc.

L'accès des personnes détenues aux soins dispensés à l'extérieur est subordonné à la disponibilité des équipes pénitentiaires et des forces de l'ordre pour assurer leur extraction et leur garde. Le conseil de sécurité intérieure du 6 décembre 1999 a, en effet, décidé du principe d'un partage des compétences entre l'administration pénitentiaire et les forces de l'ordre. Après une expérimentation engagée en 2007, a été confirmé en septembre 2010 le transfert à l'administration pénitentiaire de l'intégralité des transfèremets et extractions judiciaires, ainsi que des escortes et gardes de détenus hospitalisés en unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), la garde des détenus hospitalisés hors UHSI demeurant de la responsabilité des forces de l'ordre. Malgré ces clarifications, il s'agit d'un objet récurrent de négociations entre les médecins, le chef d'établissement et le préfet, en particulier lorsque les hospitalisations hors UHSI se prolongent au-delà de 48 heures.

Plus généralement, la gravité des pathologies de certains détenus est telle que leur charge en soins devient parfois incompatible avec les conditions de la vie en détention. Pour autant, les suspensions de peine pour raison médicale demeurent très peu nombreuses.

Les suspensions et aménagements de peine pour raisons médicales

En dix ans, entre 2002 et 2011, seulement 925 demandes de suspension de peine pour raisons médicales ont été déposées et 650 accueillies favorablement. Ainsi que le contrôleur général des lieux de privation de liberté l'a souligné¹⁷³, plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer le nombre limité de suspensions de peine, lesquelles pourraient pourtant permettre de répondre notamment au problème de la prise en compte des personnes détenues vieillissantes et handicapées :

¹⁷³ Cf. Contrôleur général des lieux de privation de liberté : *Rapport d'activité 2012* Chapitre V - Privation de liberté et accès aux soins.

- les conditions restrictives posées par l'article 720-1-1 du code de la procédure pénale qui conduisent à n'accorder une suspension que dans des cas d'une extrême gravité ;

- les réticences de certains juges d'application des peines à ordonner ces mesures au regard des risques de trouble à l'ordre public ;

- l'insuffisante prise en compte des conditions matérielles d'incarcération par les experts chargés d'évaluer l'état de santé des détenus ;

- jouent aussi la lourdeur de la procédure, le manque de structures d'hébergement adaptées ou le refus de celles-ci d'accueillir des personnes ayant commis des infractions et les ressources limitées de la plupart des personnes détenues, notamment les condamnés à de lourdes peines, pour financer un logement.

Les personnes détenues peuvent également solliciter une libération conditionnelle. La nécessité de suivre un traitement médical peut être invoquée à l'appui d'une telle demande d'aménagement de peine, au même titre, par exemple, que l'exercice d'une activité professionnelle ou que l'existence d'un projet sérieux de réinsertion. Quel que soit le motif évoqué par le détenu, la libération conditionnelle ne peut toutefois être accordée qu'en absence de risque grave de renouvellement de l'infraction ou trouble grave à l'ordre public. En 2012, 7 980 libérations conditionnelles ont été accordées tous motifs confondus, dont 78 ont bénéficié à des détenus de plus de 70 ans.

Les rigidités et les contraintes du milieu pénitentiaire se conjuguent ainsi avec une offre de soins encore incomplète, des besoins de modernisation de locaux et d'équipements non satisfaits et des modes de coopération entre acteurs fragiles et inaboutis pour faire en sorte que la prise en charge sanitaire des détenus ne s'inscrive pas comme la politique de santé publique à part entière qu'avait voulue la loi du 18 janvier 1994.

III - Une politique de santé publique à organiser comme telle

Malgré des progrès à la fois incontestables et inégaux, les soins aux détenus restent marqués de nombreuses fragilités et insuffisances. Dans un contexte caractérisé à la fois par la vive croissance de la population carcérale et une tendance à l'aggravation de ses difficultés de santé du fait en particulier de son vieillissement, y remédier suppose

d'organiser plus fermement et plus clairement une politique de santé publique à hauteur des enjeux.

A - Mobiliser les agences régionales de santé

Inexistant jusqu'en 2006, le pilotage de la politique de santé des personnes détenues s'est alors progressivement affirmé au niveau national par la création d'une instance de concertation interministérielle présidée alternativement par le garde des sceaux et le ministre chargé de la santé. Une direction de projet a été créée en 2007 au sein du ministère de la santé pour assurer la coordination des différentes directions concernées et et l'articulation avec le ministère de la justice. Ce dispositif a permis d'actualiser le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice en octobre 2012 et d'élaborer le plan d'actions stratégiques 2010-2014.

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014

Ce plan s'articule autour de six axes déclinés en 18 mesures et 40 actions, qui couvrent l'essentiel des problématiques auxquelles la politique de santé des personnes détenues continue d'être confrontée.

L'objectif poursuivi par ce plan était moins de porter des actions inédites ou innovantes que d'apporter une cohérence globale à un ensemble d'actions déjà engagées et de dispositifs existants mais jusque-là épars.

La dynamique recherchée a tardé à s'enclencher. De fait, les différences de culture et de perception des enjeux ont été sources de tension et d'allongement des délais.

Au-delà des difficultés du travail interministériel, les agences régionales de santé (ARS) ne se sont cependant encore que très inégalement investies sur ce champ. La stratégie nationale a manqué de relais de terrain, alors même qu'au titre de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, les agences « évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire ».

Toutes les agences ont désigné un référent sur ce sujet, généralement un médecin-inspecteur de santé publique, mais parfois à l'issue de longs délais après leur mise en place. Toutefois, l'action de ces référents apparaît très hétérogène. Certains ont assuré un important travail de réseau et de mobilisation des acteurs locaux : milieux associatifs, personnels soignants, professionnels du secteur médico-social, responsables des établissements pénitentiaires et de santé, etc. Ils ont

également utilisé les différents outils mis à leur disposition pour améliorer l'offre de soins et la prévention en prison en mettant en place, comme en Pays-de-la-Loire, un groupe projet transversal. D'autres ont mis en œuvre des modes de coordination informels. Pour la plupart des agences régionales de santé néanmoins, confrontées à une multiplicité de missions, ce sujet a eu tendance à passer après d'autres.

En principe, les schémas régionaux d'organisation des soins doivent systématiquement comporter un volet relatif aux soins aux détenus. Leur contenu est toutefois très variable et souvent imprécis sur les objectifs et les moyens consacrés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire. Ce n'est qu'au printemps 2013 qu'a été lancée une enquête nationale sur l'activité des unités sanitaires. Ses résultats, en cours de dépouillement, seront particulièrement utiles pour mieux connaître la nature et la répartition de leurs interventions, préciser les activités à développer et les organisations à encourager et faciliter la réduction des inégalités entre équipes dans le cadre d'une dotation de financement de mission d'intérêt général dont les modalités d'établissement seront en principe revues dès 2014.

Les défaillances d'articulation des agences avec les services de l'administration pénitentiaire sont en tout état de cause très préjudiciables. Les référents des agences disposent d'homologues au sein des directions interrégionales des services pénitentiaires, mais les relations sont parfois peu étroites. Plus fondamentalement, la mise en place des commissions régionales santé/justice, demandée dès 2008 et ayant fait l'objet en décembre 2010 d'une instruction en précisant la composition et le fonctionnement, demeure très partielle. Fin 2012, la moitié seulement avait été installée et quand elles l'ont été, elles ne se réunissent pas toujours régulièrement comme en Bretagne.

Une mobilisation des agences régionales de santé pour un meilleur exercice de leurs responsabilités, qui sont essentielles, constitue ainsi une priorité.

B - Redéfinir les modalités de financement

Si les établissements hospitaliers et les professionnels de santé qui assurent la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont financés par l'assurance maladie, l'État contribue à ces dépenses sous une double forme :

- d'une part, l'administration pénitentiaire verse une cotisation globale de sécurité sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité

sociale (ACOSS), en principe destinée à couvrir les dépenses prises en charge pour les personnes détenues par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que pour l'ensemble des assurés. Cette cotisation s'est élevée à 80 M€ en 2012 ;

- d'autre part, elle rembourse aux hôpitaux de rattachement des unités sanitaires la part non prise en charge par la sécurité sociale (c'est-à-dire essentiellement les tickets modérateurs et les forfaits journaliers hospitaliers), soit un montant de 28 M€ en 2012.

Les personnes détenues ne cotisent donc pas et n'ont pas à faire l'avance des frais médicaux.

Ces dépenses¹⁷⁴, qui faisaient l'objet d'une sous-budgétisation chronique et de plus en plus marquée (de l'ordre de 17 à 25 % à partir de 2009) jusqu'à la loi de finances initiale pour 2013 qui a procédé à un sensible réajustement, ont régulièrement augmenté, mais pour autant elles représentent une part décroissante de la charge occasionnée par les soins aux détenus.

En application de l'article L. 381-30-2 du code de la sécurité sociale, les modalités de calcul de la cotisation versée à l'ACOSS¹⁷⁵ ont, en effet, été déterminées sur la base d'un coût global du dispositif de prise en charge sanitaire estimé, en 1994, à 113,8 M€. Or en 2012, ce coût a plus que triplé puisqu'il dépasse désormais 344 M€ compte tenu du développement et de la diversification de l'offre de soins. L'absence quasi-totale d'actualisation des variables de calcul depuis près de vingt ans¹⁷⁶ a eu pour effet de transférer de l'État à l'assurance maladie la majeure partie de la charge financière. La clé de répartition arrêtée en 1994 s'est ainsi presque inversée : alors que l'État assumait 76 % de l'effort financier, cette part ne s'élève plus qu'à 31 %.

¹⁷⁴ Elles sont inscrites au programme 107 - *Administration pénitentiaire* de la mission *Justice* de la loi de finances.

¹⁷⁵ Le montant de la cotisation versée à l'ACOSS est déterminé (en application des articles R. 381-100 et D. 381-23 du code de sécurité sociale) en multipliant l'effectif moyen des personnes écrouées (hormis celles bénéficiaires d'un aménagement de peine exerçant une activité professionnelle leur ouvrant des droits à ce titre) par le montant de la cotisation forfaitaire due par détenu, lequel dépend de deux variables fixées par décret : d'une part, l'assiette de cotisation qui correspond à un pourcentage du plafond de la sécurité sociale fixé à 26,08 %, et d'autre part, le taux de cotisation sur cette assiette qui a été fixé à 14,60 %.

¹⁷⁶ L'assiette forfaitaire est passée de 26,68 % à 26,08 % du plafond de la sécurité sociale en 1995, alors qu'elle aurait dû être révisée chaque année par arrêté interministériel en application de la réglementation. Le taux de la cotisation n'a également été modifié qu'une fois, passant de 15,9 % à 14,6 % en 1997 lors de la substitution de la contribution sociale généralisée aux cotisations d'assurance maladie.

Le remboursement par les établissements pénitentiaires aux hôpitaux du reste à charge des détenus s'est traduit, par ailleurs, par l'instauration sur le plan local de circuits financiers complexes, provoquant de multiples difficultés de gestion et un allongement des délais de règlement.

Une redéfinition des relations entre l'État et l'assurance maladie apparaît donc indispensable.

À dispositif inchangé, c'est-à-dire si le principe d'un remboursement par l'État à l'assurance maladie était conservé, elle devrait passer par une revalorisation et l'actualisation régulière du montant de la cotisation versée à l'ACOSS pour chaque détenu, de manière à ne pas faire supporter à l'assurance maladie l'essentiel d'une dépense qui incombe en fonction des textes à l'État.

Pour le reste à charge, la globalisation des relations financières entre la caisse nationale d'assurance maladie et la direction de l'administration pénitentiaire, permettant de faire prendre en charge à 100 % en tiers payant intégral par l'assurance maladie les frais de soins, simplifierait les circuits financiers actuels : les caisses primaires régleraient ces derniers directement aux établissements de santé, la caisse nationale se faisant ensuite rembourser de manière centralisée par l'administration les tickets modérateurs et les forfaits journaliers, comme c'est le cas pour l'aide médicale d'État.

La création de la couverture maladie universelle (CMU) et de la CMU complémentaire (CMU-C) postérieurement à la loi de 1994, pourrait toutefois conduire à s'interroger sur le mécanisme mis en place par ce texte, de manière à poursuivre l'objectif de rapprochement, voulu par ce dernier, de la protection sociale des personnes détenues avec celle de la population générale. Une éventuelle inclusion des personnes détenues dans le champ de la CMU et de la CMU-C pourrait ainsi faire l'objet d'un examen dès lors au demeurant que ces dispositifs sont également financés par la solidarité nationale, les détenus en situation irrégulière au regard du droit au séjour justifiant à cet égard d'une analyse spécifique.

C - Structurer une démarche de santé publique

Si indispensable encore soit-elle, l'amélioration de l'offre de soins à destination des personnes détenues ne peut être seulement guidée par une logique de moyens. Elle doit s'inscrire dans une démarche de santé

publique plus explicite, mieux outillée et aux objectifs clairs à l'instar de certains exemples étrangers.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues en Angleterre et au Pays de Galles

La responsabilité de la santé pénitentiaire a été transférée au *National health service* en 2002-2003, transfert devenu effectif en 2006. Une première évaluation a fait état de moyens accrus et d'un accès aux soins améliorés, tout en soulignant les caractéristiques sanitaires de la population pénale : comme ailleurs, elle est marquée par la fréquence des addictions, des pathologies psychiatriques et des maladies transmissibles.

En 2007, un système d'indicateurs de qualité et de performance a été mis en place pour permettre aux autorités sanitaires locales d'évaluer et d'adapter leurs actions. 32 indicateurs sont recueillis annuellement ; 11 relatifs à la santé mentale et 2 autres relatifs aux virus de l'hépatite C (VHC) et virus de l'hépatite B (VHB) le sont semestriellement.

L'évaluation résulte de la combinaison d'une auto-évaluation par les équipes sanitaires, d'un retour de leurs partenaires et d'une validation par les autorités sanitaires locales. Elle donne lieu à un classement selon un code couleur simple (vert, orange ou rouge) qui est fonction d'un descriptif fourni dans une note d'orientation détaillée.

Même si leur utilité ne doit pas être sous-estimée, les outils et indicateurs de suivi, créés dans la cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014, ne mesurent cependant que les moyens mis en œuvre et non leur impact sur la santé de la population carcérale.

L'observatoire des structures de santé des personnes détenues

Plateforme internet sécurisée accessible par toutes les unités sanitaires depuis 2009, cet observatoire collecte annuellement des données sur les moyens humains et matériels de ces structures ainsi que sur leurs activités, dans une optique d'adaptation des organisations et des financements et de réduction des disparités.

S'il constitue d'ores et déjà un outil précieux de pilotage, un travail sur l'harmonisation et la fiabilité des informations remontées devra être effectué, avant que l'extension de son utilisation à des données plus fines d'activité puisse être envisagée.

Une démarche d'évaluation plus construite n'a été que tardivement engagée par une saisine en septembre 2011 du Haut conseil de santé publique lui demandant de proposer la définition d'indicateurs permettant de mesurer, à l'horizon 2016 soit deux ans après l'achèvement du plan, la pertinence des actions et l'impact sur la santé des personnes

détenues des améliorations de la prise en charge. Sur la base de ses propositions, une étude de faisabilité devrait prochainement permettre de déterminer les modalités d'un suivi épidémiologique indispensable. En effet, en l'absence de toute étude récente sur l'état de santé des personnes détenues depuis la dernière enquête menée en 2003, la nécessité de développer rapidement une connaissance plus fine des problématiques et des trajectoires de santé de la population carcérale s'impose. Celle-ci est essentielle pour être en mesure d'adapter et d'ajuster le dispositif de soins à l'évolution des besoins de celle-ci.

La préparation du projet de loi de santé publique, dont l'élaboration a été dernièrement annoncée par le gouvernement, pourrait fournir l'opportunité de préciser et de chiffrer les objectifs spécifiques que les pouvoirs publics assignent en termes d'amélioration de la situation sanitaire des personnes détenues à l'ensemble des acteurs qui concourent à leur prise en charge.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En dépit d'une mise en œuvre très progressive du dispositif qu'elle instituait, la loi du 18 janvier 1994 a permis d'incontestables progrès dans la prise en charge des personnes détenues en développant et en diversifiant l'offre de soins à destination de la population carcérale.

Ces avancées demeurent toutefois inégales et incomplètes. L'offre de soins elle-même est caractérisée globalement par de très fortes disparités régionales et locales et reste toujours très fortement sous-dimensionnée par rapport à la prégnance des problématiques de santé mentale en détention. Les modalités d'accès aux soins de la population détenue sont loin de toujours pleinement respecter ses droits fondamentaux dans un contexte où sa rapide croissance rend de plus en plus fragile la conciliation, difficile et indispensable, entre obligations de sécurité et exigences de soins, au risque, qui ne saurait être exclu, de retours en arrière si l'équilibre nécessaire, parfois déjà en cause, venait à ne plus pouvoir être trouvé.

Malgré les efforts réalisés, l'action publique n'est pas encore, vingt ans après la loi de 1994, à hauteur des enjeux humains et de santé publique auxquels celle-ci entendait alors répondre. Remédier aux difficultés constatées suppose de redéfinir une stratégie globale de santé publique s'assignant des objectifs atteignables et mesurables pour mobiliser l'ensemble des acteurs sous l'autorité des agences régionales de santé dans un cadre financier rénové.

La Cour et les chambres régionales des comptes formulent les recommandations suivantes :

- 1. identifier, dans la prochaine loi de santé publique, les objectifs de santé publique propres à la population détenue, reposant sur des indicateurs de résultat alimentés par un suivi épidémiologique régulier ;*
 - 2. renforcer l'offre de soins, prioritairement psychiatriques, en accélérant la modernisation des lieux et des modalités d'exercice des équipes médicales, le cas échéant, par mobilisation complémentaire de crédits de l'assurance maladie, et en assurant une meilleure homogénéité des conditions de prise en charge ;*
 - 3. améliorer l'accessibilité aux soins par la généralisation de protocoles cadres entre équipes médicales et administration pénitentiaire en fonction des meilleures pratiques de coopération constatées, et inscrire la prise en charge des personnes détenues dans un véritable parcours de soins allant au-delà de la levée d'écrou ;*
 - 4. renforcer le rôle des agences régionales de santé comme pivots de la politique de santé des personnes détenues, en particulier, en veillant à la généralisation effective des commissions régionales santé/justice ;*
 - 5. redéfinir les modalités de financement des soins aux personnes détenues, notamment en examinant l'éventualité de leur inclusion dans le champ de la couverture maladie universelle et de la couverture maladie universelle complémentaire.*
-

Sommaire des réponses

Garde des Sceaux, ministre de la justice	282
Réponse commune du ministre de l'économie et des finances et du ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	284
Ministre des affaires sociales et de la santé	286
Contrôleur général des lieux de privation de liberté	289
Président de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	290

**RÉPONSE DE LA GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA
JUSTICE**

De façon générale, je considère que, malgré les réels progrès accomplis dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues depuis l'adoption de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, le constat posé par la Cour reflète la situation actuelle : offre de soins encore incomplète, disparités régionales, mise à niveau insuffisante des locaux et des systèmes d'information, dispositif d'hospitalisation à améliorer. Cette situation n'est pas satisfaisante.

Aussi, le ministère de la justice poursuivra les actions entamées qui relèvent de sa propre responsabilité.

Il étudiera par ailleurs, avec les autres administrations concernées, les observations et propositions de la Cour permettant d'améliorer la prise en charge des besoins de santé des personnes détenues.

Dans cet objectif, je souhaite appeler l'attention de la Cour sur l'un des points soulevés, relatif aux circuits financiers entre l'État et l'assurance maladie. Le mécanisme du remboursement par les établissements pénitentiaires aux hôpitaux du reste à charge des détenus présente en effet des lacunes et appelle une simplification des circuits financiers.

Mes services, en lien avec la direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS), ont récemment travaillé à l'amélioration des échanges entre les établissements de santé et l'administration pénitentiaire afin de permettre un contrôle des facturations adressées aux établissements pénitentiaires par les caisses primaires d'assurance maladie. Ainsi, la circulaire DGOS/DSS du 31 juillet 2013 reprecise les règles de facturation de la part complémentaire aux établissements pénitentiaires. Cependant, le secret médical empêche de préciser nominativement les prestations rendues et limite, de ce fait, le contrôle de l'administration pénitentiaire sur la réalité des prestations de soins qui lui sont facturées.

Toutefois, si une facturation individuelle était mise en place, le contrôle d'un nombre élevé de factures de ticket modérateur et de médicaments, pour une population de plus de 68 000 personnes détenues et près de 80 000 personnes écrouées, serait extrêmement difficile à réaliser.

Il faudrait contrôler pour chaque facture que la personne était bien écrouée au moment de la consultation, qu'elle ne bénéficie pas d'une prise en charge à 100 % et que tous les médicaments facturés doivent bien être payés par l'administration pénitentiaire.

L'administration pénitentiaire, dont ce n'est pas le métier, ne dispose pas d'équipes de contrôleurs spécifiquement formés à cette tâche. Elle assure un contrôle global de cohérence, un contrôle détaillé sur les factures d'un montant important mais seulement un contrôle par sondage pour la grande masse des factures.

Ce processus n'est pas efficace. Il monopolise des agents administratifs que le service pénitentiaire pourrait et voudrait redéployer vers son cœur de métier.

Aussi, je souhaite qu'une réflexion interministérielle soit entamée afin d'identifier les évolutions permettant de simplifier les processus budgétaires et de contrôle concernant la prise en charge par l'État de la part complémentaire.

**RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET
DES FINANCES ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU
MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, CHARGÉ DU
BUDGET**

Nous partageons l'essentiel des analyses et propositions faites par la Cour, susceptibles d'améliorer la connaissance, le pilotage, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de cette politique publique.

Nous notons tout d'abord avec satisfaction les progrès soulignés par la Cour depuis la loi du 18 janvier 1994, notamment en ce qui concerne l'offre de soins, qui n'ont pu être rendus possibles que par un accompagnement budgétaire très conséquent.

Au-delà, de nouveaux efforts sont nécessaires pour résorber l'hétérogénéité des situations selon les régions, le type de soins et le degré d'urgence. Nous souscrivons en particulier à la proposition de la Cour d'étudier les raisons de la sous-occupation des capacités d'hospitalisation pour les soins somatiques, alors que les unités psychiatriques ont un taux d'occupation plus élevé. L'évaluation précise des coûts des unités hospitalières spécialement aménagées nous semble également souhaitable.

Nous constatons par ailleurs, en ce qui concerne l'accès aux soins et la couverture sociale des personnes détenues, que la Cour ne remet pas en cause les réformes en cours, mais en reconnaît au contraire l'utilité et appelle à les accélérer ou les approfondir.

Ainsi, le déploiement d'une nouvelle convention type doit permettre d'uniformiser les modalités de gestion des droits sociaux des détenus entre les CPAM, tandis que le renforcement du protocole cadre favorise la collaboration entre les professionnels de santé et le personnel pénitentiaire. De même, le développement d'une démarche de performance est en cours, avec la définition de nouveaux indicateurs et leur déploiement à horizon 2016.

Néanmoins, il importe d'approfondir et de compléter ces réformes. Les pistes évoquées par la Cour nous semblent à cet égard tout à fait pertinentes.

En termes de connaissance de cette politique publique, la mise en œuvre d'un suivi épidémiologique nous apparaît nécessaire afin de mieux identifier les besoins de santé des personnes détenues.

En termes de suivi, le renforcement de la démarche de performance nous semble tout à fait structurant, avec une clarification des objectifs et le développement d'indicateurs d'efficience à même d'évaluer l'impact sur la santé des personnes détenues.

En termes de pilotage, le renforcement du rôle des agences régionales de santé nous paraît souhaitable.

En termes de mise en œuvre, l'exploitation des résultats de l'enquête nationale sur l'activité des unités sanitaires devrait permettre de conforter et diffuser les bonnes pratiques, et notamment de favoriser la continuité des soins.

Enfin, les modalités de financement de cette politique publique appellent de notre part les observations suivantes.

Nous notons tout d'abord avec satisfaction que la Cour salue l'effort de l'État lors de la budgétisation de la loi de finances pour 2013 qui, nous le signalons, s'est poursuivi en loi de finances 2014 avec une progression de 2,5 % des crédits budgétés, malgré un contexte budgétaire très contraint. L'État prend ainsi toute sa part au financement de cette politique publique.

Pour les années précédentes, les chiffres de « sous-budgétisation chronique » mis en avant par le rapport me paraissent devoir être relativisés par le niveau modéré de la créance de la sécurité sociale sur l'État entre 2009 et 2012, qui traduit les efforts de redéploiement des crédits, en exécution budgétaire, pour couvrir les besoins.

La simplification des circuits financiers proposée par la Cour nous semble par ailleurs une piste intéressante. Elle devrait toutefois s'accompagner de la mise en place de procédures de contrôle spécifiques et être précédée d'une évaluation précise de la dépense de santé au niveau déconcentré.

Nous sommes en revanche réservés sur l'évolution éventuelle du partage du financement entre l'État et la sécurité sociale. L'inclusion des détenus au sein de la CMU et de la CMU-C, ou même le financement intégral par la sécurité sociale de cette politique, devraient être compensés par des recettes supplémentaires pour la sécurité sociale, et seraient en tout état de cause neutres pour l'ensemble des administrations publiques.

**RÉPONSE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ**

Sur un plan général, en lien avec votre première recommandation, je rappelle que l'action de mon ministère est particulièrement tournée vers les personnes les plus fragiles. J'ai souhaité que la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé, annoncée le 23 septembre dernier, comporte des actions fortes et mesurables pour une réduction des inégalités sociales de santé. Elles seront inscrites dans la prochaine Loi de santé.

Je tiens également à ce que le rôle des Agences régionales de santé, pour la mise en œuvre de cette nouvelle politique nationale de santé, soit renforcée, notamment s'agissant de leur rôle de pilotage et de coordination de la santé dans les régions pour favoriser les parcours de santé, quelles que soient les pathologies ou les populations (vos 3^{ème} et 4^{ème} recommandations).

Les conventions et protocoles locaux qui avaient été signés entre tous les établissements pénitentiaires et les établissements de santé font actuellement l'objet d'une mise à jour, en fonction du modèle de protocole unique entre les établissements de santé et pénitentiaires proposé par le guide méthodologique d'octobre 2012 sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Cette actualisation est l'occasion de renforcer les articulations entre équipes, sous le pilotage des ARS. Les deux ministères organiseront des rencontres communes entre les ARS et les directions interrégionales des services pénitentiaires.

L'offre de soins ambulatoires de proximité est effective dans tous les établissements pénitentiaires, sous forme de 175 unités sanitaires assurant tant les soins somatiques que psychiatriques. Ces unités assurent également les missions de prévention et d'éducation pour la santé et organisent, le cas échéant, la continuité des soins à la sortie. Les personnels médicaux réalisent une activité significative, équivalente en moyenne annuelle sur l'ensemble des établissements pénitentiaires à 3,10 consultations de médecine générale, 1,32 consultation de psychiatrie et 0,39 consultation de médecin spécialiste hors psychiatrie, par personne détenue.

L'augmentation constante du financement de personnels médicaux et non médicaux, les mesures prises pour renforcer l'attractivité de l'exercice médical et soignant en milieu pénitentiaire, le dialogue renforcé avec l'administration pénitentiaire pour faciliter les soins constituent des voies d'amélioration importantes. Des travaux en cours témoignent de cet effort de coordination : livret accueil commun pour les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), protocole d'échange de données entre professionnels de santé et pénitentiaires.

L'évolution du modèle de financement de la MIG déléguée aux unités sanitaires devrait permettre, à compter de 2015, une allocation plus adaptée des moyens. Une enquête très approfondie sur leur activité et leurs moyens a été réalisée au printemps dernier auprès de toutes les unités sanitaires, qui y ont participé massivement. Les résultats, en cours d'analyse, devraient apporter des arguments sur les activités à développer et les organisations à promouvoir, et permettre aux ARS de financer ces unités sur des critères plus pertinents afin de réduire les inégalités inter et intra régionales. L'opportunité d'intégrer des critères relatifs à la composition des équipes pourra être revue dans ce cadre.

La mise en place de l'interopérabilité technique des systèmes d'information fait l'objet de travaux confiés à l'ASIP Santé depuis 2012.

L'utilisation des capacités des UHSI peut, comme vous le constatez, être améliorée. Une meilleure connaissance de cette offre, par une information délivrée en amont aux personnes détenues sur les conditions d'hospitalisation, pourrait faciliter leur acceptation d'une hospitalisation en UHSI. Dans cette perspective, des travaux sont engagés avec la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) pour l'élaboration d'un livret d'information commun à destination des personnes détenues et la rédaction d'une circulaire sur le fonctionnement des UHSI.

Sans méconnaître les limites de l'offre actuelle et la nécessaire poursuite de son développement, je ne partage pas le constat d'une « grave défaillance » dans la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes détenues.

Comme la Cour l'a constaté, les effectifs des personnels de psychiatrie des unités sanitaires ont été en constante augmentation entre 1997 et 2012 : + 57 % pour les médecins psychiatres ; + 60 % pour les personnels non médicaux. L'offre de consultation psychiatrique est progressivement complétée dans les unités sanitaires par des prises en charge de groupe, à l'instar de ce qui est pratiqué en établissement de santé. Plus de 30 unités sanitaires ont déjà bénéficié de délégation de crédits, à hauteur de 158 000€ par site. Un programme de développement de l'hospitalisation de jour est en cours d'élaboration avec la DAP, pour identifier les sites prioritaires, indépendamment de la présence ou non d'un SMPR. Enfin, l'ouverture, en 2013, de quatre unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) contribue à accroître significativement les capacités d'hospitalisation à temps complet, l'achèvement de cette première tranche étant prévu pour 2015. Les scénarii pour la 2e tranche (localisation des unités en métropole et conception d'un modèle spécifique pour les DOM) sont en cours d'élaboration avec la DAP.

La recommandation n° 2 de la Cour relative au renforcement de l'offre de soins prioritairement psychiatriques s'inscrit donc dans les évolutions déjà engagées par mon ministère.

S'agissant des suspensions et aménagements de peine pour raisons médicales, j'ai souhaité, avec la Garde Sceaux, qu'un groupe de travail santé/justice soit mis en place sur ce sujet. Ses propositions doivent désormais être examinées.

Sur la question des modalités de financement des soins aux personnes détenues, je souhaite que mes services et la CNAMTS poursuivent leurs travaux visant à simplifier les circuits financiers, tant pour la prise en charge hospitalière que pour la prise en charge en ville, rééquilibrer les charges entre l'Etat et l'Assurance maladie, avec une prise en charge des frais de soins, dans ou hors les murs, à 100 % en tiers payant intégral.

***RÉPONSE DU CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE
PRIVATION DE LIBERTÉ***

J'ai l'honneur de vous faire savoir que ce projet d'insertion rencontre mon entier accord, en raison de sa très grande qualité.

Il vous appartient d'apprécier la portée de ce qui peut être toutefois tiré des deux observations mineurs suivantes : d'une part, le tableau 1 récapitule l'évolution des effectifs de personnel de santé des unités sanitaires. Mais ces progrès doivent être relativisés ou, du moins, rapportés à la croissance, pendant les mêmes années, du nombre de personnes détenues. La population effectivement détenue (au 1^{er} janvier) s'accroît de 15 % de 1997 à 2012, mais de 30,7 % de 2001 à 2012. Autrement dit, l'effet de rattrapage est fort après la loi de 1994 et la mise en œuvre des premiers protocoles, il ne joue plus par la suite, l'accroissement des effectifs ne suivant l'augmentation du nombre de détenus (cf. par exemple la croissance des somaticiens sur les deux périodes). D'autre part, je suis personnellement réservé sur l'interopérabilité des deux systèmes GIDE et GENESIS pour des questions de principe et parce que si l'on veut éviter les chevauchements d'emploi du temps (parloir et rendez-vous médical par exemple), le « manuel » suffit ; les surveillants savent parfaitement le faire ; surtout, je crois que ces incompatibilités ont tout à fait d'autres causes que des dysfonctionnements involontaires.

Le surplus est parfaitement convaincant.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIÉS (CNAMTS)**

La Cour envisage d'une part de revoir les modalités de financement existantes par la revalorisation de la cotisation due par l'État et la globalisation des relations financières entre l'Assurance Maladie et l'administration pénitentiaire. D'autre part, elle propose que soit examinée la possibilité d'inclure les détenus dans les dispositifs existants de la CMU de base et la CMU-C.

Actuellement, la prise en charge financière des détenus par l'administration pénitentiaire se fait par deux biais : le paiement d'une cotisation globale à l'ACOSS et le remboursement de tous les tickets modérateurs et des forfaits journaliers hospitaliers pour les soins.

Tout d'abord, comme le rapport le souligne, la cotisation versée par l'administration pénitentiaire à l'ACOSS s'est élevée en 2012 à 80 M€, auxquels il convient d'ajouter 28 M€ de remboursement aux hôpitaux (forfaits et tickets modérateurs essentiellement).

Cette somme de 108 M€ versée par l'État est très inférieure aux 344 M€ de dépenses de soins des personnes détenues. Il conviendrait en conséquence de poursuivre l'augmentation de la cotisation globale de l'État engagée en 2013.

D'autre part, la Cour soulève la complexité des échanges locaux pour le remboursement par les établissements pénitentiaires des tickets modérateurs et forfaits journaliers hospitaliers et propose la globalisation des relations financières. La CNAMTS est bien consciente de cette difficulté et travaille actuellement avec la Direction de la Sécurité Sociale pour mettre en œuvre le tiers payant pour tous les détenus, qu'ils soient incarcérés ou en aménagement de peine.

En revanche, la proposition de la Cour d'intégrer les détenus à la CMU de base et de leur attribuer la CMU-C semble poser des difficultés de mise en œuvre et d'équité de traitement qui appellent une expertise complémentaire.
