

Ministère de la Santé et des Solidarités

Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins  
Sous-direction : Organisation du  
système de soins  
Bureau : Organisation régionale  
des soins et populations spécifiques

Personne chargée du dossier :  
Michel Gentile  
tél. : 01 40 56 47 52  
mél. : michel.gentile@sante.gouv.fr

Direction générale de la santé  
Sous-direction : Santé et société  
Bureau : Santé de populations, précarité  
et exclusion

Personne chargée du dossier :  
Martine Clément  
tél. : 01 40 56 57 24  
mél. : martine.clement@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences  
régionales de l'hospitalisation (pour exécution)

Madame et Messieurs les préfets de régions, directions  
régionales des affaires sanitaires et sociales (pour  
exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de département,  
directions départementales des affaires sanitaires et  
sociales (pour exécution)

CIRCULAIRE N°DGS/SD6D/DHOS/O2/2006/09 du 10 janvier 2006 relative à l'inspection sanitaire des  
établissements pénitentiaires

Date d'application : Immédiate  
NOR : SANP0630015C (texte non paru au journal officiel)  
Classement thématique : protection sanitaire

<b>Résumé :</b> Programme d'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires
<b>Mots-clés :</b> Inspection sanitaire – établissement pénitentiaire – directive nationale d'orientation (DNO) 2005 des DRASS et des DDASS
<b>Textes de référence :</b> Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale Article D. 348-1 du code de procédure pénale
<b>Textes abrogés ou modifiés :</b> Circulaire N°DGS/3 A/390 du 30 août 1984 relative au contrôle exercé par les services extérieurs du ministre chargé de la santé dans les établissements pénitentiaires
<b>Annexes :</b>  Annexe I : Extrait de la directive nationale d'orientation 2005 des DRASS et des DDASS Annexe II : Outil d'aide à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires Annexe III : Liste des membres du groupe de travail Annexe IV : Liste des sites pilotes Annexe V : Synthèse qualitative Annexe VI : Données générales pénitentiaires

## **I – Le contexte**

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a confié la prise en charge sanitaire des personnes détenues au secteur public hospitalier.

L'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires relève de la compétence de l'inspection générale des affaires sociales et des services déconcentrés du ministère chargé de la santé (article D. 348-1 du code de procédure pénale).

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

Le contrôle des règles d'hygiène doit utilement conseiller les responsables d'établissements pénitentiaires sur les améliorations des conditions de vie des personnes détenues effectivement réalisables.

## **II – Les objectifs du programme national d'inspection**

Ce programme triennal, sous l'égide de l'inspection générale des affaires sociales, a été inscrit dans la directive nationale d'orientation 2005 des DRASS et des DDASS (voir en annexe I – extrait de la DNO 2005). Il prévoit des inspections exhaustives à raison d'un tiers des établissements pénitentiaires par période de douze mois qui débiteront à compter de la réception de la présente circulaire.

Il est demandé aux services déconcentrés de s'attacher :

- à décrire les articulations entre les différents acteurs soignants médicaux et non médicaux, personnels pénitentiaires, forces de police et de gendarmerie, pour ce qui concerne l'accès aux soins,
- à préciser les articulations entre le champ de la santé somatique et celui de la santé mentale,
- à analyser les liaisons entre les unités de soins ambulatoires en milieu carcéral et leurs établissements de rattachement,
- à repérer les difficultés dans l'application de la réglementation en vigueur et de l'adaptation des politiques de santé publique et les éventuels dysfonctionnements,
- à vérifier les conditions de vie des personnes détenues, notamment relatives à l'hygiène, susceptibles d'avoir des conséquences néfastes sur leur état de santé.

Au niveau des échelons déconcentrés, les inspections permettront de disposer d'une aide à la décision, tant pour les directions régionales des services pénitentiaires que pour les services hospitaliers. Elles constitueront une base exhaustive de suivi dans le contrôle de l'hygiène et de l'organisation des soins pour les prochaines années.

Au niveau central, elles permettront d'avoir un état global et standardisé des conditions sanitaires en détention.

## **III – Aide à l'inspection**

L'outil d'aide à l'inspection – (voir annexe II)

Pour mener à bien ce programme, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la direction générale de la santé ont réuni un groupe de travail, composé de représentants de l'IGAS et de différents corps d'inspection des services déconcentrés (médecin inspecteur de santé publique, pharmacien inspecteur de santé publique, ingénieur du génie sanitaire/technicien sanitaire et inspecteur de l'action sanitaire et sociale), afin d'élaborer un outil d'aide à l'inspection. Des représentants de la direction de l'administration pénitentiaire ont également participé à ces travaux (voir en annexe III – liste des membres du groupe de travail).

Cet outil, résultat du travail proposé par ce groupe et des tests effectués entre juin et août 2005 par quatre sites pilotes (voir en annexe IV – liste des sites pilotes) a été scindé en quatre chapitres dont les items peuvent toutefois être regroupés en fonction de l'organisation locale de l'inspection.

Ces chapitres sont les suivants :

Chapitre I – Hygiène, sécurité et salubrité

Chapitre II – Organisation des soins somatiques et psychiatriques  
Adaptation des politiques de santé publique

Chapitre III – Fonctionnement du service pharmaceutique

Chapitre IV – Protection sociale

L'outil n'est volontairement pas figé pour permettre aux équipes d'inspection d'insérer ou de supprimer des items en fonction de leur politique locale.

Toutefois, les items signalés par un astérisque devront être obligatoirement renseignés. Ils figurent également dans l'annexe jointe à l'outil d'aide à l'inspection.

Il est important de rappeler que cet outil, une fois renseigné, ne constitue pas le rapport d'inspection et ne peut être communiqué aux tiers comme tel.

Afin de dégager les grandes problématiques en matière de prise en charge sanitaire des personnes détenues, une synthèse qualitative (voir annexe V de la circulaire) devra obligatoirement être remplie et intégrée aux rapports d'inspection.

#### **IV – Le déroulement de l'inspection**

Le guide des bonnes pratiques d'inspection – collection de la MAFI/IGAS – constitue un document de référence pour la mise en œuvre du programme d'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires (consultable sur : [www.intranet.sante.gouv.fr/igas/missions/mafi/igasgbp.pdf](http://www.intranet.sante.gouv.fr/igas/missions/mafi/igasgbp.pdf)). Les différentes phases décrites dans ce document, y compris la procédure contradictoire, sont applicables à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, actualisé en 2005, servira de référentiel à l'inspection.

Des données générales pénitentiaires figurent à l'annexe VI.

Préalablement à l'inspection sur site, un certain nombre de documents soutenant la démarche d'inspection devront être collectés (s'ils ne sont pas déjà disponibles) et consultés, notamment :

- données générales sur l'établissement pénitentiaire - adresser le document « pré-requis » au chef d'établissement pénitentiaire, un mois avant l'inspection sur site,
- données hospitalières - pré-requis à renseigner,
- dernier rapport d'inspection,
- rapports d'activité des unités de soins,
- protocoles liant l'établissement pénitentiaire aux établissements hospitaliers,
- compte-rendu du dernier comité de coordination,
- dernier rapport de la commission de surveillance.

La coordination pluridisciplinaire des corps d'inspection amenés à intervenir s'organisera autour de la mission régionale et interdépartementale d'inspection, contrôle et évaluation (MRIICE) qui assurera également un appui technique de ces inspections. Elle pourra, le cas échéant, être confiée à un membre de la mission d'inspection désigné par le DRASS après avis du DDASS.

Le coordonnateur s'assurera de la bonne marche des opérations d'inspection et établira le programme et le planning des contrôles, en lien avec les différents corps d'inspection mobilisés. Les DRASS devront communiquer à la DGS, la programmation prévisionnelle 2006-2007-2008 des inspections des établissements pénitentiaires de leurs régions.

Une fois l'inspection sur site réalisée, le coordonnateur adressera les documents relatifs à l'inspection, dans leur globalité ou de manière partielle, aux directeurs d'établissements pénitentiaires via les directeurs régionaux des services pénitentiaires et aux directeurs d'établissements hospitaliers via les directeurs d'ARH concernés par la procédure contradictoire.

Après la phase du contradictoire, le rapport d'inspection sera rédigé par l'équipe pluridisciplinaire des corps d'inspection autour du coordonnateur.

Les rapports d'inspection finalisés avec leurs deux annexes jointes (items obligatoires et synthèse qualitative) seront transmis sans délai à l'IGAS et à la DGS.

Ils seront exploités par l'administration centrale qui établira, selon un rythme semestriel, le bilan de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

»

Vous veillerez à assurer, chacun en ce qui vous concerne, une diffusion adaptée de la présente circulaire et de ses annexes.

Vous voudrez bien faire part de toutes les difficultés que vous pourriez rencontrer lors de l'application de cette circulaire à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de l'organisation du système de soins (bureau Q2) et à la direction générale de la santé, sous-direction santé et société (bureau 6D).

Le directeur de l'hospitalisation

et de l'organisation des soins

Jean CASTEX

Le directeur général  
de la santé

Didier HOUSSIN

## ANNEXE I

### Extrait de la directive nationale d'orientation 2005 des DRASS et des DDASS

Inspecter, contrôler, évaluer

La DGS est attachée à travers ses missions de santé publique, de sécurité sanitaire et d'amélioration de la qualité des services de santé à se doter d'une politique de contrôle venant à l'appui des plans et programmes de santé issus des priorités de santé publique et de son souci permanent de renforcer la sécurité sanitaire.

Il est demandé aux services déconcentrés de veiller à inscrire leurs priorités régionales d'inspection dans cette perspective.

Dans le cadre de sa politique de contrôle, la DGS, en lien avec la DHOS, propose pour 2005 un thème d'inspection national prioritaire relatif à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires :

Après 10 ans de mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994 qui a confié la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la santé, il apparaît nécessaire de fonder le bilan des avancées permises par ce dispositif, et de ses limites, sur une démarche renouvelée d'inspection prenant en compte l'inspection des établissements pénitentiaires organisée par la circulaire du 30 août 1984 ainsi que celle des établissements de santé.

Au-delà de l'approche traditionnelle, centrée sur l'hygiène et les conditions de vie des personnes détenues, telle qu'elle est mentionnée à l'article D 348-1 du code de procédure pénale qui stipule :

" L'inspection générale des affaires sociales et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires",

il est demandé aux services déconcentrés de s'attacher :

- à décrire les articulations entre les différents acteurs soignants médicaux et non médicaux, personnels pénitentiaires, forces de police et de gendarmerie, pour ce qui concerne l'accès aux soins,
- à préciser les articulations entre le champ somatique et la santé mentale,
- à analyser les liaisons entre les unités de soins ambulatoires en milieu carcéral et leurs établissements de rattachement,
- et à repérer les difficultés dans l'application de la réglementation en vigueur et les éventuels dysfonctionnements.

Un programme triennal d'inspection à raison d'un tiers des établissements pénitentiaires par période de 12 mois sera lancé à compter du second semestre 2005.

Les services de la direction générale de la santé et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins fourniront le support des items d'inspection correspondant aux objectifs du programme.

## **ANNEXE II**

### **Outil d'aide à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires**

L'outil et ses annexes sont téléchargeables sur le site :

[http://www.intranet.sante.gouv.fr/sant/accueil/abc\\_dos\\_sant/index.htm](http://www.intranet.sante.gouv.fr/sant/accueil/abc_dos_sant/index.htm) - rubrique Prisons

### ANNEXE III

#### Liste des membres du groupe de travail (plénier et sous-groupes)

AMBROISE Patrick	DGS/SD6D
BECU Patrick	DRASS Rhône-Alpes - PHISP
BESSA Zinna	DGS/SD6D
BLETTERY Frédéric	DAP/PMJ2 (Ministère de la Justice)
BURGEI Emmanuelle	DDASS Seine-et-Marne - IGS
CLEMENT Martine	DGS/SD6D
COLAN Monique	DAGPB/SINTEL3
CORAZZA Jean-Louis	DDASS Yonne - MISP
DELAVALLE Patricia	MAFI
DUMONT Martine	DRASS Nord-Pas-de-Calais - MISP
FAC Catherine	UCSA Fresnes - PH
FEUILLERAT Yves	DHOS/O2
FONTAINE Mireille	DAP/PMJ2 (Ministère de la Justice)
GENTILE Michel	DHOS/O2
GROJEAN Claude	DDASS Aube - IASS/COMI
GUILLARD Alain	DDASS Bas-Rhin - IGS
JOND Pascal	DDASS Rhône - TS
LEDOUX Chantal	DRASS Picardie - IASS
MARIE-EGYPTIENNE Agnès	DDASS Rhône - IASS
MAYET-NOEL Géraldine	DDASS Val d'Oise - IASS
GUILLARD Claude	DRASS Alsace - IASS/MRIICE
PENCIOLELLI Noëlle	DRASS Ile de France - MISP
SELLIER Claire	DDASS Rhône - MISP
TOURTIER Catherine	DRASS Ile de France - IASS
VIENNE Patricia	IGAS

## **ANNEXE IV**

### **Liste des sites pilotes**

**MRIICE Haute-Normandie - Centre de détention Val de Reuil**

**MRIICE Midi-Pyrénées - Maison d'arrêt de Toulouse-Seysses**

**MRIICE Champagne-Ardenne - Centrale de Clairvaux**

**Direction de la santé et du développement social de la Guadeloupe - Centre pénitentiaire de Baie-Mahault**



## **ANNEXE V**

### **Synthèse qualitative**

#### **Chapitre I – Hygiène, Sécurité, Salubrité**

Se prononcer en analyse sur les surfaces, les locaux et les équipements de détention

Se prononcer sur l'application des normes et des règlements

Selon vous, quelles sont les carences d'hygiène et de salubrité majeures de l'établissement visité, en particulier les manquements susceptibles d'avoir une conséquence directe sur l'état de santé des personnes ?

Indiquer en les priorisant les mesures correctives à mettre en œuvre

#### **Chapitre II – Organisation des soins somatiques et psychiatriques et adaptation des politiques de santé publique**

Le contenu des protocoles liant les établissements pénitentiaires aux hôpitaux de rattachement des UCSA permet-il de répondre aux problématiques liées à l'organisation des soins telles que :

- la dimension adaptée des locaux
- les besoins d'équipement
- la gestion de la permanence de soins
- l'organisation des extractions

Rencontre-t-on des problèmes de démographie médicale et paramédicale, compte tenu de la variation non maîtrisée des flux des patients détenus ?

Décrire les mesures et solutions prises pour le fonctionnement de la prise en charge de la santé mentale lorsque le ou les postes de psychiatres ne sont pas pourvus

Quels freins ont été repérés en matière d'organisation des soins et d'adaptation des politiques de santé publique concernant :

- la prévention et le dépistage : cancer, tuberculose, VIH-VHC, VHB, suicide
- la réduction des risques
- la prise en charge des personnes auteurs d'infractions sexuelles
- la prise en charge des addictions

Selon vous, les articulations entre services sont-elles de bonne qualité concernant :

- UCSA/SMPPR ou psychiatrie générale
- UCSA ou SMPPR/Etablissements et services de santé de rattachement
- UCSA ou SMPPR/Services pénitentiaires et judiciaires, en particulier la préparation de la sortie des patients nécessitant une prise en charge médicale est-elle bien organisée ?

Selon vous, la déontologie médicale est-elle respectée ?

Résumer les points qui vous paraissent les plus critiques et indiquer en les priorisant les mesures correctives à mettre en œuvre

#### **Chapitre III – Fonctionnement du service pharmaceutique**

L'effectif du personnel et sa qualification sont-ils satisfaisants ?

L'investissement du pharmacien responsable de ce service est-il suffisant ?

L'accès au local et sa protection sont-ils suffisamment sécurisés ?

La superficie et l'agencement des locaux sont-ils adaptés ?

Le système documentaire est-il suffisant ?

Les équipements spécifiques (détention des stupéfiants – réfrigérateur...) sont-ils conformes à la réglementation et/ou en bon état de fonctionnement ?

Les moyens d'informatisation et de communication sont-ils adaptés et suffisants ?

L'organisation des retraits de lots est-elle suffisamment sécurisée ?

L'organisation du circuit du médicament est-elle, à ses différentes étapes, conforme à la réglementation et aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière ?

La traçabilité de ces différentes étapes est-elle assurée correctement ?

Les conditions de distribution des médicaments sont-elles satisfaisantes ?

L'organisation générale est-elle de nature à prévenir tout détournement de médicaments ?

Les relations entre l'UCSA et le SMPR vous paraissent-elles satisfaisantes au niveau pharmaceutique ?  
En particulier, les dossiers médicaux des personnes détenues sont-ils partagés en vue d'éviter des prescriptions redondantes et/ou incompatibles ?

Résumer les points qui vous paraissent les plus critiques et prioriser les mesures correctives à mettre en œuvre.

#### **Chapitre IV – Continuité des soins - protection sociale**

Compte tenu des constats sur l'ouverture de droits en détention que vous aurez faits, la continuité des soins à la sortie de prison est-elle facilitée ?

## ANNEXE VI

### Données générales pénitentiaires

#### Le parc pénitentiaire

Le parc pénitentiaire compte 190 établissements pénitentiaires dont 109 ont été construits avant 1920. 21 de ces établissements issus du programme de construction lancé en 1987 voient leur gestion courante (hôtellerie-restauration, nettoyage, maintenance) ainsi que certaines fonctions liées à la prise en charge des personnes placées sous main de justice (travail, formation professionnelle et santé) assurées par des groupements privés. La direction, la garde, l'insertion et le greffe restent cependant de la responsabilité de l'administration pénitentiaire et de son personnel.

Il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires, selon le régime de détention et les catégories de condamnations :

- les maisons d'arrêt : accueillent des prévenus et des condamnés à des peines de moins d'un an
- les maisons centrales : accueillent des personnes détenues condamnées à une longue peine – sont dotées d'un système de sécurité renforcé
- les centres de détention : accueillent des personnes détenues condamnées à une longue ou moyenne peine dans le cadre d'un régime de détention orienté vers la réinsertion
- les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées : peuvent recevoir des personnes dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur à un an.

Le centre pénitentiaire ne représente pas une entité propre, il regroupe deux à plusieurs catégories des établissements précités.

La liste des établissements pénitentiaires est consultable sur le site :

[www.justice.gouv.fr/minister/DAP/etablissement.htm](http://www.justice.gouv.fr/minister/DAP/etablissement.htm)

La réglementation pénitentiaire prévoit que toute personne détenue doit être enfermée dans une cellule individuelle. Dans les faits, seuls les établissements pour peines pratiquent l'encellulement individuel.

#### Le contrôle de l'activité pénitentiaire

Les contrôles sont exercés :

- par la Commission de surveillance.  
Installée auprès de chaque établissement pénitentiaire et présidée par le Préfet, elle est chargée d'examiner les conditions de détention - hygiène, sécurité, régime alimentaire, soins - et l'organisation du travail, la discipline, l'enseignement et la réinsertion sociale des personnes détenues
- par l'autorité judiciaire
- par les services d'inspection des autres administrations, concernant leur domaine de compétence (hygiène et sécurité du travail, santé, enseignement et formation professionnelle...).
- par le Comité pour la prévention de la torture (CPT), auquel le Conseil de l'Europe a confié, par la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 26 novembre 1987, la mission de visiter tous les lieux de détention et d'émettre des recommandations.

Précédant la publication de trois rapports soulignant les limites et les insuffisances des contrôles existants (Rapports de Guy Canivet et des Commissions d'enquête du Sénat et de l'Assemblée nationale), deux nouvelles mesures ont été instituées en l'an 2000 : la création de la Commission nationale de déontologie de la sécurité chargée de " veiller au respect de la déontologie par les personnes exerçant des activités de sécurité " (loi du 6 juin 2000), et le droit des parlementaires à visiter à tout moment les établissements pénitentiaires (loi du 15 juin 2000, article 129).

#### Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

Le SPIP exerce plusieurs missions relatives à la prévention de la récidive par un accompagnement social :

- accueil des personnes placées sous main de justice, incarcérées ou non,
- aide à la décision judiciaire : l'autorité judiciaire doit être destinataire de toutes les données qui lui permettent de mieux individualiser la peine et de prononcer des aménagements de peine les plus adaptés à la situation de la personne,

- développement et coordination d'un réseau de partenaires institutionnels, associatifs et privés afin de donner aux personnes placées sous main de justice toutes les opportunités d'insertion en les orientant vers les dispositifs de droit commun : accès aux droits sociaux, aux soins, à l'éducation pour la santé, à la formation professionnelle, à l'action culturelle, au sport, au travail, à l'enseignement. Un accent particulier est apporté à la lutte contre l'indigence, contre l'illettrisme et contre la toxicomanie. Pour les personnes incarcérées, la préparation à la sortie de prison est l'objectif prioritaire.

Pour assurer ses missions, le SPIP est en relation étroite avec les autorités judiciaires, le directeur de l'établissement pénitentiaire, mais aussi avec tous les chefs de service du département dont l'action est coordonnée par le préfet, avec les collectivités territoriales, les associations et les réseaux d'employeurs.