

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Direction générale de la santé

Sous-direction : Promotion de la santé,
prévention des maladies chroniques

Bureau : santé des populations

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Sous-direction : organisation du système de soins

Bureau : organisation de l'offre régionale de soins
et populations spécifiques

Direction de l'administration pénitentiaire

Sous-direction : personnes placées sous main de justice

Bureau : politiques sociales et d'insertion

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Sous-direction : missions de protection judiciaire
et d'éducation

Bureau : méthodes et action éducative

Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 n° 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

NOR : SJSP0830413C

Date d'application : immédiate.

Résumé : recommandations à destination des professionnels de santé exerçant en établissement pénitentiaire recevant des mineurs.

Mots clés : mineurs incarcérés, UCSA, quartiers mineurs, établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM).

Textes de référence :

Articles L. 1111-2 et L. 1111-5, L. 2212-7, L. 5134-1 du code de la santé publique ;

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 et ses textes d'application (décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 et circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994) ;

Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ) ;

Articles du code pénal, du code de procédure pénale et du code de la santé publique relatifs à l'injonction de soins, tels qu'ils résultent des lois n° 98-468 du 17 juin 1998, n° 2005-1549 du 12 décembre 2005, n° 2007-297 du 5 mars 2007 et n° 2007-1198 du 10 août 2007 ;

Décrets n° 2007-748, 749 et 814 des 9 et 11 mai 2007 relatifs au régime de détention et disciplinaire des mineurs et modifiant le code de procédure pénale ;
Circulaire NOR JUSE 02 400 75C du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires ;
Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté ;
Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale ;
Circulaire interministérielle DGS/SD. 6C/DHOS/O2/DESCO n° 2005-471 du 18 octobre 2005 relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des enfants et adolescents ;
Circulaire DAP/DPJJ n° 2007-G4 du 8 juin 2007 relative au régime de détention des mineurs ;
Circulaire DGS/DHOS/DAP/DAGE n° 2007/272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire ;
Recommandations de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide (1998) ;
Conclusions de la Conférence de consensus FFP/ANAES sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (octobre 2000) ;
Note de cadrage DGS/SD.6C n° 90 du 29 mars 2004 relative à la mise en place en 2004 d'un dispositif de formation pour les personnels pénitentiaires et sanitaires à la prévention du suicide des personnes détenues dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide ;
Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Annexes :

ANNEXE I. – Eléments épidémiologiques sur les mineurs incarcérés ;
ANNEXE II. – Axes de travail du psychologue PJJ en établissement pénitentiaire pour mineurs ;
ANNEXE III. – Modèle de formulaire à l'attention des parents ;
ANNEXE IV. – Références d'auto-questionnaires consultables ;
ANNEXE V. – Les actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
ANNEXE VI. – Loi de santé publique, rôle des GRSP dans le soutien des projets.

La garde des sceaux, ministre de la justice, la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative 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)] ; Messieurs les directeurs interrégionaux de l'administration pénitentiaire ; Monsieur le directeur interrégional, chef de la mission des services pénitentiaires d'outre-mer ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la protection judiciaire de la jeunesse.

I. – OBJECTIF

La présente circulaire a pour objet de préciser le cadre de la prise en charge de la santé des mineurs incarcérés, qu'ils soient détenus dans des quartiers pour mineurs de maisons d'arrêt ou dans des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM). Une attention particulière est portée aux mineurs maintenues en détention dans un quartier pour femmes de maison d'arrêt à défaut d'être affectées dans un EPM.

L'objectif de la politique de santé est de rendre le mineur acteur de sa santé en lui proposant des ressources qui répondent à ses besoins dans une logique partenariale.

L'ouverture des EPM réaffirme les missions des équipes de soins et les principes généraux de l'exercice médical en milieu pénitentiaire.

II. – ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

1. Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques sur la santé des mineurs détenus n'ont jusqu'alors pas fait, en France, l'objet d'approches spécifiques. (*Annexe I. – Eléments épidémiologiques sur les mineurs incarcérés*).

2. Contexte normatif

Les règles européennes relatives aux droits de l'enfant, conformes à l'article 37 de la convention internationale du 26 janvier 1990, précisent que « tout enfant privé de liberté doit être traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles ».

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues s'applique aux mineurs détenus. Le guide méthodologique (dernière version septembre 2004) relatif à cette prise en charge est un outil de référence au service de tous les professionnels, en particulier des personnels de santé et des personnels pénitentiaires. Il propose des modèles de protocoles qui lient les établissements de santé et les établissements pénitentiaires, nécessaires à la bonne organisation des soins et à la coordination des actions de prévention. Ces modèles doivent être appliqués aux établissements accueillant des mineurs et intégrer les spécificités de prise en charge de cette population.

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/detenus_protecsociale/accueil.htm-10k

<http://apnet.dap.intranet.justice.gouv.fr/guidemethodologique/premierpage.htm>

La circulaire DAP/DPJJ du 8 juin 2007 relative au régime de détention des mineurs précise l'ensemble des principes et missions relatifs au régime de détention et disciplinaire des mineurs conformément aux décrets n° 2007-748, 749 et 814 des 9 et 11 mai 2007 parus au *Journal officiel* des 10 et 12 mai 2007.

III. – LES ARTICULATIONS ENTRE PARTENAIRES

La dynamique partenariale entre les différents services garantit l'efficacité et la qualité de l'action en matière de santé. Il s'agit d'offrir aux mineurs une prise en charge cohérente dans le cadre légal, réglementaire et éthique s'imposant aux différents acteurs.

Le quartier mineur ou l'EPM est dirigé par un directeur des services pénitentiaires qui est le garant de son bon fonctionnement. Ce dernier est responsable de l'exécution des décisions judiciaires, du maintien de la sécurité, et en lien avec tous les services intervenant dans l'établissement de la prise en charge globale des mineurs.

Le soutien éducatif apporté aux mineurs détenus s'articulera autour du binôme formé par l'éducateur de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et le surveillant en poste au sein de chaque unité de vie.

L'ensemble des professionnels PJJ (chefs de service éducatif, éducateurs, professeurs techniques, psychologues) interviennent auprès des mineurs conformément aux missions qui leur ont été confiées par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ). (*Annexe II. – Axes de travail du psychologue PJJ en établissement pénitentiaire pour mineurs.*)

L'éducation nationale prend en charge l'activité scolaire et participe aux actions éducatives.

Les visiteurs, les aumôniers interviennent selon des modalités définies par l'administration pénitentiaire.

Les associations socio-éducatives contribuent à la prise en charge des mineurs selon des modalités définies par les directions de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse conformément à l'article D. 514-1 du code de procédure pénale.

Les équipes somatiques et psychiatriques de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont associées, en tant que de besoin, à l'équipe pluridisciplinaire présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire en application de l'article D. 514 du code de procédure pénale modifié par le décret n° 2007-749 du 9 mai 2007.

Leur participation est nécessaire pour l'élaboration de protocoles partenariaux et des projets relatifs à la prévention et l'éducation pour la santé dont le médecin de l'UCSA est le coordonnateur. Un ou plusieurs référents « santé » seront utilement identifiés pour être invités à participer aux différentes instances de coordination. Les différents services doivent dans l'intérêt du mineur, mutualiser les informations et coordonner leurs actions dans le respect de leur éthique professionnelle.

L'accès aux soins est une des priorités dans la prise en charge des mineurs en détention. L'examen médical d'entrée et les activités d'éducation à la santé sont programmés dans leur emploi du temps quotidien. Les demandes d'accès aux services médicaux formulées par le mineur ne peuvent être différées même en cas d'activités prévues.

IV. – LA PLACE DES PARENTS ET LE DROIT DES PATIENTS MINEURS

En matière de santé, la place des parents est à préserver. Les personnes investies de l'exercice de l'autorité parentale conservent leurs droits et leurs devoirs sur le mineur, même s'ils n'en exercent que les attributs conciliables avec la détention ; la circulaire précitée DAP/DPJJ relative au régime de détention des mineurs en précise les modalités.

Ceux-ci sont informés de l'organisation des soins, conformément aux droits en matière d'information des usagers du système de santé et d'expression de leur volonté pour les personnes investies de l'exercice de l'autorité parentale et les mineurs. Il sera établi à leur intention une procédure visant à organiser les échanges d'informations. (*Annexe III. – Modèle de formulaire à l'attention des parents.*)

La demande par l'UCSA du carnet de santé ou de sa photocopie peut être prévue dans ce cadre. Le chef d'établissement pénitentiaire facilitera l'accessibilité des locaux pour des entretiens entre les personnels de soins, les parents ou les personnes titulaires de l'autorité parentale et le jeune détenu.

V. – LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MINEURS

Dans les quartiers ou établissements pour mineurs, l'organisation des soins dispensés relève des UCSA et des services de psychiatrie en place.

Les médecins responsables de l'UCSA et les psychiatres élaborent un projet de soins commun adapté à la population des mineurs détenus.

1. Accès aux droits sociaux dont l'assurance maladie

A la date de son incarcération, le mineur est affilié par les services pénitentiaires au régime général de la sécurité sociale par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève l'établissement pénitentiaire dans lequel le mineur est écroué (articles L. 381-30 et R. 381-97 du Code de la sécurité sociale).

A sa libération, le mineur bénéficie d'un maintien de droit durant un an (article 9 du décret n° 2007-199 du 14 février 2007) s'il ne relève à cette date d'aucun autre régime d'assurance maladie. Il peut toutefois retrouver sa qualité d'ayant droit.

Conformément à une jurisprudence du Conseil d'Etat (décision association AIDES et autres du 7 juin 2006), le mineur en situation irrégulière bénéficie de l'aide médicale d'Etat (AME) dès sa sortie de prison et ce sans condition de résidence, même si ses parents ne peuvent en bénéficier pour des délais de résidence de trois mois non encore remplis ou de ressources au-delà du plafond.

Le service de la PJJ accompagne le mineur pour l'ouverture de ses droits.

2. Dépistage et soins

Chaque mineur bénéficie dès son admission d'un examen médical d'entrée conformément au code de la santé publique (R. 6112-23) et au code de procédure pénale (D. 381 a). La prise en charge sanitaire pouvant résulter de celui-ci doit être mise en place dans les meilleurs délais. Cet examen médical peut être précédé par la remise par l'UCSA d'un auto-questionnaire à remplir par le mineur. (*Annexe IV. – Références d'auto-questionnaire consultable.*)

En cas de refus du mineur de se soumettre à ce premier examen médical, de nouvelles propositions d'examen lui sont faites.

Cet examen s'inscrit dans le parcours de santé du mineur et, à ce titre, intègre les données médicales antérieures.

Le respect du secret professionnel des personnels de soins est une condition indispensable de l'exercice médical et favorise l'instauration d'une relation de confiance entre le mineur et les équipes soignantes.

Une approche « généraliste » qui comporte l'écoute et l'examen physique est nécessaire pour pratiquer l'examen médical d'entrée. Celui-ci doit permettre notamment de :

- contrôler les vaccinations ;
- dépister les pathologies somatiques et psychiatriques et les souffrances psychiques ;
- repérer les usages abusifs et les conduites addictives ;
- évaluer le risque suicidaire ;
- délivrer à la suite d'un examen adapté les avis nécessaires à la poursuite ou non des activités physiques et sportives qui ne dépendent pas de la réglementation du sport de compétition ;
- délivrer au mineur un avis d'aptitude ou d'inaptitude au suivi des activités d'insertion en place dans l'établissement pénitentiaire.

Des informations relatives aux propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires sont disponibles sur le site internet de la Haute Autorité de santé (HAS). www.has-sante.fr/-19k.

3. Le suivi sanitaire du jeune durant son incarcération

3.1. Organisation des soins

Toutes modalités de prise en charge spécifique (régime particulier, port de prothèses, signalement immédiat à l'UCSA en cas de traumatisme même mineur) prescrites à l'issue du bilan établi lors de l'examen médical d'entrée, sont portées à la connaissance du directeur de l'établissement pénitentiaire.

Au vu de l'examen médical d'entrée, des conseils de santé compatibles avec les préoccupations des mineurs sont dispensés.

Lorsqu'un mineur détenu est condamné à une injonction ou une obligation de soins prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (articles 131-36-1 et suivants du code pénal) ou dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve (article 132-45-1 du code pénal), la démarche de soins est favorisée ou suscitée dès la période de détention.

La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée. Elles sont effectuées exclusivement par le personnel habilité de l'UCSA.

Lorsque le mineur est autorisé par le médecin de l'UCSA à conserver des médicaments dans sa cellule, le médecin lui donne un double de la prescription et les médicaments lui sont remis dans un sachet ou pilulier à son nom mentionnant la date de la prescription, la posologie et la durée du traitement prescrit.

Les modalités de permanence des soins en dehors des heures de présence médicale à l'UCSA sont garanties et organisées par le médecin responsable. Elles sont consignées dans un document remis au chef d'établissement pénitentiaire et à disposition de l'ensemble des personnels. Ces dispositions doivent, par ailleurs, figurer dans le protocole liant l'établissement pénitentiaire avec l'établissement de santé.

Lorsque le mineur est transféré vers un autre établissement pénitentiaire, les équipes médicales organisent la continuité de sa prise en charge sanitaire. L'UCSA conserve la partie du dossier qu'elle a rédigée elle-même ; il est préconisé qu'elle transmette les photocopies des pièces essentielles de son propre dossier.

3.2. Outils pour le suivi des troubles psychiques des adolescents

Le vécu de ces mineurs étant souvent marqué par la violence, agie mais aussi subie, une attention particulière doit être portée à leurs éventuelles conséquences psychiques afin de prévenir l'apparition et le développement de pathologies. En particulier, le passage à l'acte témoigne souvent d'une souffrance psychique intense susceptible d'aboutir à une crise suicidaire.

Il est donc conseillé de se reporter utilement aux documents suivants :

- circulaire NOR JUSE0240075C du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires ;
- circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté. La direction générale de la santé met par ailleurs à la disposition des professionnels le guide correspondant, en ligne sur le site du ministère chargé de la santé à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante-mentale/recommandations.htm#rapp4> ;
- recommandations issues de la conférence de consensus « Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir » qui ont été élaborées en partenariat avec la Fédération française de psychiatrie (FFP) en 2003 selon la méthodologie de la HAS.

Des formations interdisciplinaires sont organisées au niveau régional sur la base des conclusions de la conférence de consensus de la FFP et de l'ANAES (aujourd'hui HAS) sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » d'octobre 2000. Les professionnels intéressés trouveront l'information nécessaire pour s'inscrire à ces formations animées par des professionnels de santé auprès de la personne référente en charge de la prévention du suicide à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Certaines des sessions de formation sont organisées en partenariat avec l'administration pénitentiaire et s'adressent plus spécifiquement aux professionnels exerçant en milieu carcéral ; l'information sur ces dernières est disponible auprès de la direction interrégionale des services pénitentiaires.

Sont aussi organisées des actions régionales de formation à l'intention des professionnels pour l'observation et le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement des enfants et des adolescents. Ces formations sont effectuées par des professionnels de la pédopsychiatrie sur la base d'un référentiel de la FFP. Une information plus complète est disponible auprès des DRASS.

4. Les actions de prévention et d'éducation pour la santé

Pour promouvoir la santé, il existe un certain nombre de leviers d'action, parmi lesquels la prévention et l'éducation pour la santé, qui visent les déterminants à la fois environnementaux et individuels de la santé :

- les actions de prévention dans le domaine de la santé visent « à empêcher les maladies d'apparaître, ou à permettre de les dépister à un stade précoce » ;
- les actions d'éducation pour la santé « permettent aux personnes et aux groupes, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité ».

Les actions d'éducation pour la santé à mettre en œuvre s'appuient sur une démarche de projet qui comporte plusieurs étapes. Celle-ci est sous-tendue par une réflexion éthique de tous les intervenants concernés. (*Annexe V. – Les actions de prévention et d'éducation pour la santé.*)

Ces actions sont coordonnées par le médecin de l'UCSA avec tous les acteurs concernés. Elles tiennent compte de la durée moyenne d'incarcération et du flux constant des arrivants. Elles s'appuient sur un bilan diagnostique de l'état de santé de cette population, établi par les médecins responsables en coordination avec la direction de l'établissement pénitentiaire et du service de la PJJ.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la prise en compte de la santé des personnes détenues dans les plans régionaux de santé publique. Les programmes d'éducation pour la santé des mineurs incarcérés s'inscrivent dans ce cadre. Leurs financements peuvent être assurés par les groupements régionaux de santé publique. (*Annexe VI – Loi de santé publique, rôle des GRSP dans le soutien des projets.*)

5. Le suivi à la sortie

Les modalités de la sortie sont envisagées dès le début de l'incarcération. Les relais nécessaires sont mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social à la sortie afin d'assurer :

- la continuité des soins, si nécessaire, l'orientation et l'accessibilité aux services de soins spécialisés ;
- l'information de l'état de santé aux personnes investies de l'exercice de l'autorité parentale, dès lors que le mineur ne s'y oppose pas ;
- l'information du mineur sur l'incompatibilité possible de son projet d'insertion avec son état de santé.

Le médecin de l'UCSA assure la continuité des soins médicaux dispensés pendant l'incarcération en se mettant en rapport avant la libération avec le médecin traitant du mineur ou tout autre médecin désigné par lui. Il assure le cas échéant le lien avec le secteur de psychiatrie concerné.

Les services de la PJJ, assurant la poursuite du suivi éducatif à l'extérieur, accompagnent le mineur dans la démarche de continuité des soins. Ils assurent à ce titre une mission de relais vers les professionnels de santé exerçant à l'extérieur de la prison. Ils informent et soutiennent le mineur afin que sa prise en charge dans le dispositif sanitaire de droit commun puisse être effective.

Le directeur général de la santé,
D. HOUSSIN

*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR

*Le directeur de l'administration
pénitentiaire,*
C. D'HARCOURT

*Le directeur de la protection
judiciaire de la jeunesse,*
P.-P. CABOURDIN

ANNEXE I

ÉLÉMENTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES MINEURS INCARCÉRÉS

Les données pénitentiaires et judiciaires

En 2006, 3 350 mesures d'incarcération ont été prononcées à l'égard des mineurs, dont 170 (5,4 %) à l'égard des filles. Au 1^{er} décembre 2007, les mineurs détenus étaient 695 soit 1,1 % de l'ensemble des personnes détenues.

12,8 % de ces mineurs ont entre 13 et 16 ans non révolus (+ 8 % par rapport à 2005).

87 % ont la nationalité française (+ 6 % par rapport à 2002).

Les deux tiers d'entre eux sont des prévenus.

La durée moyenne d'incarcération reste située autour de deux mois et demi, ensemble des détentions confondues. Cependant, il convient de souligner que 35 % des incarcérations de mineurs sont inférieures à 1 mois et 65 % inférieures à 3 mois ; seules 0,6 % dépassent l'année.

Deux tiers des mineurs sont incarcérés pour des atteintes aux biens ou à l'ordre public.

Les chiffres de l'annuaire statistique du conseil de la justice (2003 et 2004) montraient une augmentation des condamnations pour viols et délits sexuels commis par des mineurs entre 1997 et 2002. La proportion des condamnations pour viol parmi toutes les condamnations pour crimes représentait 67,3 % en 1997 et 72,6 % en 2002. Quant aux délits sexuels, ils avaient augmenté de 14,7 % sur cette même période. Dans les deux cas, il existe une forte prédominance masculine, voire une représentation quasi exclusive pour les viols.

Les données épidémiologiques disponibles sur la santé des mineurs détenus

Deux études réalisées par la DREES – www.sante.gouv.fr/htm/publication.

La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. Etudes et résultats ; n° 4 janvier 1999.

La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et Résultats ; n° 386 ; mars 2005.

Elles apportent des données spécifiques à la population des mineurs détenus et permettent d'apprécier l'évolution dans le temps de certains indicateurs de santé : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>.

Rapport sur la prévention du suicide des personnes détenues, rapport de mission J.-L. Terra, décembre 2003 : www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000724/index.shtml – 46k.

Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues :

Le ministère chargé de la santé, en collaboration avec le ministère de la justice, a financé la réalisation en 2003 et 2004 d'une étude épidémiologique sur la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les personnes détenues. Les résultats de cette étude menée par une équipe de recherche indépendante, sont disponibles sur le site du ministère de la santé et celui de la justice : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/detenus/accueil.htm – 7k ; www.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10036&ssrubrique=10039&article=10026 – 18k.

Etude 2004 « La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après, INSERM/ DPJJ ». Cette étude n'inclut pas les mineurs détenus en quartier mineur mais apporte un éclairage sur les mineurs sous main de justice. ifr69.vjf.inserm.fr/Dado472/ENQUETES/PJJ/PJJ.html – 20k.

ANNEXE II

FICHE DPJJ : AXES DE TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE EN ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE SPÉCIALISÉ POUR MINEURS

Le psychologue de la protection judiciaire de la jeunesse en poste dans un établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs exerce ses missions sous l'autorité du directeur du service éducatif en EPM.

Le (la) psychologue contribue, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire à la définition et à la mise en œuvre des projets éducatifs et d'orientation.

L'organisation sanitaire en détention s'inscrit dans le cadre de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et de ses textes d'application (décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 et circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994, circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale).

Il (elle) veille à garantir la prise en compte de la vie psychique du jeune incarcéré.

Il (elle) suscite un travail clinique visant les problématiques des jeunes et de leur famille.

Activités

Apporter un éclairage clinique au sein de l'équipe pluridisciplinaire et interinstitutionnelle sur la situation individuelle du mineur, notamment aux fins d'enrichir son projet de sortie de détention provisoire ou son projet d'exécution de peine.

Promouvoir, à partir de la décision judiciaire de mise en détention, le travail autour du maintien ou de la restauration des liens familiaux.

Participer aux réunions de service et participer à toute autre réunion institutionnelle ou commission.

Promouvoir et organiser un travail de liaison avec les partenaires institutionnels et plus spécifiquement avec ceux de la santé dont notamment les UCSA et SMPR.

Elaborer en lien avec les services de santé intervenant en EPM, des propositions d'orientation vers des dispositifs de soins appropriés y compris dans le cadre de l'obligation de soin.

Se former, s'informer et mener des travaux de recherche dans le cadre du temps formation, information, recherche (FIR). Rédaction de rapports destinés aux magistrats.

Le(la) psychologue affectés en EPM devront avoir une appétence particulière pour le travail en milieu carcéral au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Outre les compétences traditionnelles exercées par les psychologues à la PJJ, cette affectation nécessite des connaissances particulières liées au cadre de l'exercice, connaissances qui devront être développées lors de la formation prévue avant la prise de poste :

- connaître les métiers de l'administration pénitentiaire ;
- connaître l'essentiel de la réglementation en vigueur dans un établissement pénitentiaire pour mineurs : droit pénitentiaire, droit spécifiquement applicable aux mineurs détenus, règlement intérieur de l'établissement ;
- connaître l'essentiel de la réglementation en matière d'aménagements des peines prononcées à l'égard des mineurs ;
- connaître les problématiques spécifiques de santé en milieu carcéral (physique et psychologique).

ANNEXE III

MODÈLE DE FORMULAIRE À L'ATTENTION DES PARENTS

Centre hospitalier de ...
(coordonnées précises)

Etablissement pénitentiaire de ...

Unité de consultation régional
et de soins ambulatoires
(UCSA)
Chef de service
Dr ...

Service médico-psychologique
régional
(SMPR)
Chef de service
Dr ...

Votre fils, fille vient d'être incarcéré(e) à ...,

La prise en charge sanitaire de votre fils/fille a été confiée au service public hospitalier qui assure les soins somatiques et psychiatriques dans une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) au sein de l'établissement pénitentiaire. Le service médico-régional (SMPR) prendra en charge les hospitalisations de jour en psychiatrie.

A l'entrée en détention, un examen médical est systématiquement proposé à votre fils/fille.

En vue de transmettre au médecin de l'UCSA les informations médicales nécessaires à son suivi (photocopie du carnet de santé), vous pouvez contacter le service médical aux coordonnées suivantes :

Adresse :

Téléphone :

Télécopieur :

Il vous est également possible à tout moment de contacter téléphoniquement ou et de rencontrer les praticiens hospitaliers en fixant avec eux un rendez-vous en accord avec votre fils ou fille.

Toujours avec leur accord, vous serez également informés des soins proposés et vous serez sollicités pour les décisions concernant leur santé.

Veillez nous faire connaître vos coordonnées exactes de domicile et téléphoniques afin de vous joindre sans difficulté.

En dehors des heures de présence médicale à l'UCSA et conformément au protocole signé entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement public de santé, le directeur de l'établissement pénitentiaire alertera, en cas de nécessité, les services d'urgence.

Dr ..., chef de service de l'UCSA ou Dr ..., praticien

Dr ..., chef de service du SMPR ou Dr ..., praticien

ANNEXE IV

RÉFÉRENCES D'AUTO-QUESTIONNAIRES CONSULTABLES

Le bref questionnaire ci-dessous (CRAFFT en anglais, ADOSPA en français, décrit dans le livre de Michel Reynaud, 2003) a été conçu pour le dépistage et chaque question invite à réfléchir à un motif pour changer de comportement :

1. Es-tu déjà monté (e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (toi y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
2. Utilises-tu de l'alcool ou d'autres drogues pour te détendre, te sentir mieux ou tenir le coup ?
3. As-tu déjà oublié ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommes-tu de l'alcool ou d'autres drogues quand tu es seul ?
5. As-tu déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Tes amis ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Questionnaire « la santé des jeunes : 100 mots pour le dire », document élaboré d'après une coproduction du centre de médecine préventive et de l'École de santé publique de Nancy, 2002-2003.

Questionnaire « Météo perso » élaboré dans le cadre de l'expérimentation de démarches d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie auprès des adolescents, 2002-2003.

Questionnaire 16/19 ans « je prépare l'entretien avec mon médecin » de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Un questionnaire de pré-consultation (centre hospitalier de Bicêtre) peut être extrait de l'ouvrage *Médecine de l'adolescent*, P. Alvin et D. Marcelli, coll. Pour le praticien, éditions Masson, janvier 2005.

ANNEXE V

LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Cette annexe a été rédigée à partir de l'ouvrage : S. Broussouloux, N. Houzelle, Education pour la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet, INPES, 2006, 139 p., téléchargeable sur le site de l'INPES.

Définition de l'éducation pour la santé

Certains spécialistes de l'éducation à la santé la définissent ainsi : elle « vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque. Elle repose sur des méthodes et techniques qui permettent d'apporter l'information à l'individu sous une forme qui soit appropriable, sans le stigmatiser ni le culpabiliser. L'éducation pour la santé est donc sous-tendue par une réflexion éthique. »

Travail préparatoire en éducation pour la santé

Les intervenants en éducation à la santé sont confrontés à une réflexion sur ses principes éthiques, les valeurs qui la sous-tendent, et ce pour plusieurs raisons :

- l'éducation à la santé vise le développement des compétences psychosociales ;
- l'éducation à la santé a pour objectif d'amener le jeune à faire des choix responsables ;
- les valeurs des intervenants peuvent être différentes de celles du jeune et de sa famille.

Les compétences psychologiques renvoient :

- à l'estime de soi : confiance en soi, sentiment de son efficacité personnelle, sentiment que les autres ont confiance en nous ;
- au rapport au corps : compréhension des sensations provenant du corps (douleur, plaisir...), expression physique des sentiments (colère, peur...), besoins physiologiques (nourriture, sommeil...).

Les compétences sociales renvoient :

- aux relations aux autres : le respect, l'acceptation des différences et des règles de la vie en société...par exemple : le règlement intérieur de l'établissement ;
- à la gestion des conflits : privilégier le dialogue en cas de désaccord... ;
- à la confiance en son propre jugement : résister à l'influence des pairs, des médias...

Démarche de projet – Choix des priorités – Quatre grandes étapes sont à respecter

Etape 1 : constituer l'équipe et impliquer les partenaires

Une équipe n'est pas un ensemble homogène : chacun a un rôle qui doit être précisé. Bien souvent, on va pouvoir distinguer un noyau stable et des personnes dont l'implication est plus spécifique ou technique.

Professionnels qui peuvent constituer l'équipe (UCSA, éducateur PJJ, personnels pénitentiaires, enseignants...).

Certains projets nécessitent la mobilisation de ressources externes à l'établissement : associations... Le travail en partenariat nécessite un temps d'échanges et de réflexions sur le partage d'un objectif commun, puis une mutualisation des compétences et des méthodes de travail.

Etape 2 : analyser la situation et fixer les objectifs

Un objectif est la formulation du but à atteindre. Il explicite les résultats escomptés du projet. Il indique le sens du projet, contribue à mobiliser l'équipe et les partenaires et est repris lors de la communication sur le projet. Il existe plusieurs niveaux d'objectifs :

L'objectif général qui porte sur le projet dans son ensemble ;

Les objectifs spécifiques qui précisent un aspect de l'objectif général. Ils permettent de spécifier l'objectif général afin de pouvoir déterminer les objectifs opérationnels en fonction d'un public, d'un milieu, d'un niveau d'intervention ;

Les objectifs opérationnels, plus concrets ils annoncent les actions à réaliser. Ils doivent être mesurables et prendre en compte la réalité de la vie dans l'établissement. Ils concernent le plus souvent l'acquisition de connaissances ou de compétences, la modification de représentation. La formulation la plus classique pour écrire un objectif opérationnel est la suivante : « à l'issue de telle action, les jeunes seront capables de... ». Au terme de l'action il doit être possible de dire dans quelle mesure ces objectifs opérationnels ont été réalisés.

Pour améliorer la qualité des actions, il est possible de s'appuyer sur la grille S-M-A-R-T pour rédiger les objectifs (<http://www.quint-essenz.ch/fr/planning/topics/3278.html>).

CRITÈRE SMART	DÉFINITION
Spécifique	L'objectif décrit précisément ce qui doit avoir changé, chez qui, et en quoi cela doit avoir changé.
Mesurable	Il sera possible de juger objectivement de l'atteinte des résultats ; pour cela, il faut généralement fixer des indicateurs.
Ambitieux	Atteindre l'objectif implique un effort. Ceci s'exprime soit à travers l'objectif lui-même, soit à travers ses indicateurs.
Réaliste	Un objectif de projet doit être réaliste dans le sens qu'il doit être atteignable avec les moyens disponibles. On ne peut juger de cela qu'en connaissant le contexte, la durée et les ressources du projet.
Situé dans le temps	En principe, un objectif de projet doit être atteint à la fin du projet. Un objectif intermédiaire doit être atteint au plus tard au moment du pointage d'étape.

Etape 3 : mettre en œuvre le projet

Tout projet gagne à faire l'objet d'une planification et d'un suivi.

La démarche de planification permet de prévoir tous les éléments nécessaires au bon déroulement du projet :

- l'organisation ;
- les besoins et les ressources (moyens humains, financiers, matériels...);
- l'inscription dans le temps (début, étapes intermédiaires et fin du projet).

Etape 4 : évaluer et communiquer

La démarche d'évaluation commence au moment de l'élaboration du projet. Dès la définition des objectifs, ce que l'on veut évaluer et les critères à retenir doivent être définis.

L'évaluation est indispensable car elle permet de :

- mesurer le degré de réalisation des objectifs opérationnels ;
- suivre l'action pour l'améliorer ;
- analyser, exploiter et valoriser le projet ;
- légitimer l'action ;
- justifier l'utilisation des crédits et/ou obtenir des financements ;
- déterminer si les moyens ont été utilisés de façon adéquate (moyens humains, matériels, logistiques, financiers...).

L'information des participants et des partenaires contribue à légitimer l'action et aide à mobiliser autour d'un projet.

Qui doit être informé ?

- le directeur de l'établissement pénitentiaire ;
- le directeur du service PJJ ;
- les partenaires...

Trois moments sont particulièrement favorables à la communication :

- lors de l'élaboration du projet : information en continu de tous les membres de l'équipe projet ;
- pendant l'action : communication en direction des personnels de l'établissement ;
- après l'action : diffusion des résultats de l'évaluation.

ANNEXE VI

LOI DE SANTÉ PUBLIQUE, RÔLE DES GRSP DANS LE SOUTIEN DES PROJETS

Santé publique et politique de santé publique

La santé publique se présente comme une approche collective des actions de santé. « La santé publique ne s'oppose pas à la santé privée. Si elle concerne avant tout la gestion des problèmes de santé au niveau collectif, cela ne signifie pas qu'elle nie les particularismes du vécu et des besoins de chacun. Bien au contraire, la satisfaction des besoins individuels est au cœur des préoccupations de la santé publique. La santé publique est un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale. »

En août 2004, le parlement français a adopté une nouvelle loi d'orientation en santé publique qui réorganise la politique de santé. Les champs qui relèvent de la politique de santé publique y sont définis. Il s'agit de :

- la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- la lutte contre les épidémies ;
- la prévention des maladies, traumatismes et incapacités ;
- l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et dépendantes ; l'amélioration de l'information et de l'éducation à la santé de la population ; l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
- la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
- la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
- la démographie des professions de santé.

Cette loi d'orientation en santé publique – qui a donné naissance à des plans nationaux comme le Programme national nutrition-santé (PNNS), le Plan national santé-environnement (PNSE) ou le Plan national de lutte contre le cancer – définit la région comme le niveau optimal de planification des actions et de coordination des acteurs. Elle décrit également les différents intervenants et les outils nécessaires à cette mise en œuvre régionale des objectifs de santé :

- une conférence régionale de santé (CRS), instance de concertation des acteurs, contribue à la définition des objectifs régionaux de santé publique et à l'évaluation des programmes régionaux de santé publique ;
- un plan régional de santé publique (PRSP), cadre de référence de la politique de santé publique de l'Etat dans la région, fixe les programmes et actions. Chaque PRSP doit notamment comporter un programme de santé pour les personnes détenues ainsi que le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) qui inclut la création d'un pôle régional de compétences en éducation pour la santé. Ce pôle offre un soutien aux acteurs pour la mise en œuvre de programmes et contribue à la cohérence des actions sur un territoire donné ;
- un groupement régional de santé publique (GRSP) met en œuvre les programmes de santé définis par le PRSP (1). Les services de l'Etat ((DRPJJ ou DRSP, DRASS) et les ARH sont membres du GRSP.

(1) D'après la brochure pédagogique éditée par la direction générale de la santé : *Loi relative à la politique de santé publique*, 9 août 2004, *Objectifs et enjeux*, <http://www.sante.gouv.fr>.