



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE



LA GARDE DES SCEAUX,  
MINISTRE DE LA JUSTICE

Paris, le

- 6 DEC. 2018

V/Réf : 145720/NL  
N/Réf : 201810032985

Madame la Contrôleure générale,

Par correspondance du 17 septembre 2018, vous m'avez fait parvenir votre projet d'avis relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires.

Vous y soulignez que l'adaptation des conditions de détention doit concerner tous les aspects de la prise en charge de la personne détenue en situation de handicap et que les établissements doivent mettre en œuvre le principe d'aménagement raisonnable.

Vous préconisez de mettre en place un accompagnement humain équivalent en détention et à l'extérieur mais aussi de renforcer les dispositifs permettant une sortie anticipée de détention.

A titre liminaire, je tiens à vous préciser que la prise en charge des personnes détenues en situation de perte d'autonomie constitue une priorité d'action pour la direction de l'administration pénitentiaire qui s'attache, dans la définition de ces politiques publiques, à permettre l'identification des situations de perte d'autonomie, améliorer le recours aux aménagements de peine pour raison médicale, favoriser la prise en charge en détention et améliorer l'accès aux structures d'aval.

### **La connaissance du nombre de personnes handicapées en détention**

La prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) relève depuis 1994 du ministère en charge de la santé. Les objectifs et les actions qui en découlent sont retranscrits dans la stratégie de santé des PPSMJ, publiée en avril 2017 et partagée entre les directions du ministère des Solidarités et de la Santé et du ministère de la Justice.

Dans ce cadre, la direction de l'administration pénitentiaire a porté la nécessité de pouvoir s'appuyer sur des études récentes. Un groupe de travail dédié a été créé afin de progresser sur le développement d'un outil pérenne de surveillance de l'état de santé des PPSMJ.

Au-delà de cette stratégie interministérielle, la direction de l'administration pénitentiaire a pris l'initiative de réaliser une enquête en 2013 mettant en exergue que 329 personnes détenues présentaient un handicap physique (soit 0,5 % de la population pénale).

Madame Adeline HAZAN  
Contrôleure générale des  
Lieux de privation de liberté  
16/18, quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS Cedex 19

Une seconde enquête réalisée en septembre 2015 a permis de recenser 185 personnes détenues nécessitant une aide pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Cet état des lieux s'inscrit dans le cadre d'une politique de prise en charge des personnes détenues en situation de perte d'autonomie, liée à l'âge ou au handicap. Plus globalement, la direction de l'administration pénitentiaire s'attache à objectiver l'état de santé des personnes détenues afin de mieux définir ses politiques publiques. Notamment, elle a soutenu des projets développés par les observatoires de santé et du social (OR2S) de Picardie, du Grand Est et d'Auvergne Rhône-Alpes visant à un recueil d'information sur l'état de santé des personnes détenues à l'arrivée en détention.

### **Le développement des aménagements de peine pour raison médicale**

Vous soulevez la nécessité de développer les alternatives à l'incarcération ou les aménagements de peine pour des motifs d'ordre médical (page 3 du rapport). Nous pouvons constater, en effet, un nombre très limité de personnes détenues bénéficiant d'un aménagement de peine pour raison médicale ou d'une suspension de peine eu égard à l'incompatibilité de leur état de santé avec la détention.

La direction de l'administration pénitentiaire a piloté l'élaboration du guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, dont elle a été à l'initiative. Diffusé en septembre 2018, ce guide interministériel (cf. annexe 1) élaboré en lien avec le ministère des Solidarités et de la Santé (direction générale de la santé, direction générale de la cohésion sociale, direction générale de l'offre des soins) vise à renforcer la connaissance des dispositifs d'aménagements de peine pour motif médical existants et la coordination des acteurs de la Santé et de la Justice. Ce guide a été très largement diffusé aux directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP), cours d'appel, associations intervenant en détention<sup>1</sup>.

Le projet de loi de programmation et de réforme pour la justice que je porte devant le parlement prévoit une amélioration de la libération sous contrainte et de la suspension de peine pour raison médicale en abaissant, notamment, le seuil de 3 à 1 an.

### **Les détections des situations de handicap**

Votre avis soulève également la nécessité de développer un repérage du handicap ou de la perte d'autonomie en détention. Ce besoin s'inscrit dans la politique d'une meilleure connaissance des publics dans l'objectif d'un accompagnement renforcé des personnes en situation de perte d'autonomie.

Lors du processus arrivant, sur le plan médical, les personnes détenues sont systématiquement reçues par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire, permettant ainsi le repérage des situations de handicap ou de perte d'autonomie par le personnel médical.

Par ailleurs, ce repérage peut également être fait lors des examens médicaux réalisés en cours de détention par l'unité sanitaire ou par des signalements des personnels pénitentiaires dans la gestion quotidienne des personnes détenues. A ce titre, le partage d'informations entre les personnels est essentiel. Il s'effectue, dans le respect de la loi, dans le cadre des commissions pluridisciplinaires uniques dont les représentants de l'unité sanitaire sont membres (Article 717-1 du code de procédure pénale).

La direction de l'administration pénitentiaire et le service correctionnel du Canada, dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord de coopération judiciaire du 25 avril 2015 entre la France et le Canada, ont élaboré une grille de repérage des personnes à risque de perte d'autonomie et destinée à être utilisée par les personnels de surveillance. Sur cette base, une expérimentation a été menée

---

<sup>1</sup> Citoyens et Justice, FARAPEJ, Croix-Rouge française, Fondation Armée du Salut, Petits frères des Pauvres, Secours catholique, EHPAD Saint Barthelemy, FEHAP, Fondation des acteurs de la solidarité, Groupe SOS.

entre le 1<sup>er</sup> septembre 2017 et début janvier 2018 au centre pénitentiaire de Nantes. Ces grilles sont actuellement en cours d'analyse par la direction de l'administration pénitentiaire.

### **La mise en œuvre du travail adapté aux situations de handicap**

La direction de l'administration pénitentiaire veille à mettre en place des activités adaptées au public handicapé et à les accompagner afin de permettre leur participation.

Ainsi, si les capacités physiques et mentales sont des critères de classement au travail (D.432-3 du CPP), l'accès au travail en détention reste une possibilité offerte aux personnes détenues handicapées. Il ressort d'une étude récente et succincte qu'un certain nombre de personnes détenues, bénéficiant d'une reconnaissance du handicap, travaillent en détention (près de 200 personnes concernées au sein d'un panel de 50 % des établissements pénitentiaires).

De plus, l'adaptation de postes de travail est également pensée afin d'accompagner ce public spécifique dans un parcours professionnel.

Un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) expérimental a été mis en place au sein du centre de détention du Val-de-Reuil. La décision d'autorisation, délivrée à l'association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie (ALEFPA), a pris effet au 1<sup>er</sup> janvier 2013 pour une durée de cinq ans ; l'ESAT a ouvert le 12 février 2014.

D'une capacité de 10 places, il vise à permettre aux personnes en situation de handicap, et notamment présentant des déficiences mentales, d'accéder à des activités adaptées à leur état de santé. Cet ESAT constitue une première expérimentation au sein d'un établissement pénitentiaire. La participation des personnes détenues classées à l'ESAT leur a permis de renforcer leur socialisation et de gagner en autonomie. Le renouvellement de l'autorisation pour les années à venir a été acté fin 2017. Par ailleurs, plusieurs nouveaux projets d'ESAT en milieu pénitentiaire sont actuellement à l'étude.

L'article 33 de la loi n°2009-1436 pénitentiaire du 24 novembre 2009 a été complété par l'article 77 de la loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, prévoyant l'introduction d'entreprises adaptées au sein des établissements pénitentiaires à compter de 2020. Cela doit permettre d'améliorer sensiblement l'offre de travail proposée aux personnes détenues en situation de handicap.

### **Les fouilles réalisées sur les personnes handicapées**

Votre rapport indique que l'administration pénitentiaire doit donner des directives afin de préciser les gestes à réaliser lors des fouilles concernant les personnes dépendantes et handicapées.

Il convient de rappeler l'exigence de respect de la dignité humaine et des droits en toutes circonstances, y compris en matière de mesures de contraintes ou de fouilles, guidant l'action des personnels pénitentiaires. Ce principe, rappelé à l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et à l'article R.57-7-81 du CPP, s'applique à l'ensemble des détenus, majeurs ou mineurs, hommes ou femmes, handicapés ou non, dépendant ou non. Dès lors, transmettre des consignes spécifiques de fouilles s'agissant des détenus handicapés ou dépendants n'apparaît pas opportun dans la mesure où chaque personnel pénitentiaire doit respecter la dignité du détenu fouillé en question comme il le fait avec n'importe quel autre détenu. Par ailleurs, le spectre du handicap ou de la dépendance est très large et décliner des directives pour préciser les gestes à réaliser lors des fouilles en fonction de la nature du handicap ou de la dépendance (prothèse de jambe, prothèse oculaire, anus artificiel, personne en fauteuil, déficience mentale, etc.) apparaît compliqué, stigmatisant et peu opportun.

Toutefois, l'administration pénitentiaire a déjà donné des consignes pour clarifier certains points.

A ce titre, la note du 14 octobre 2016 relative au régime juridique encadrant certaines modalités de contrôle des personnes détenues précise que : « s'agissant du cas particulier des personnes détenues porteuses de prothèses : en cas de refus de retrait, l'agent ne doit en aucun cas recourir à la force pour parvenir à cette fin. En effet, cette pratique s'assimilerait à une investigation corporelle interne. Il convient dès lors de faire appel au procureur de la République ».

### **L'aménagement des établissements pénitentiaires pour répondre aux normes sur le handicap**

Le rapport relève que de nombreux établissements ne répondent pas aux normes relatives à l'accessibilité des personnes à mobilité réduite. Il existe actuellement 472 cellules adaptées aux personnes à mobilités réduites (PMR) réparties dans 90 établissements pénitentiaires en France métropolitaine et en Outre-mer.

Tous les établissements neufs sont en conformité avec les dispositions de l'arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes à mobilité réduite (PMR) dans les établissements pénitentiaires, lequel prévoit 3 % de cellules PMR par établissement.

S'agissant de la mise en conformité des anciens établissements pénitentiaires en application des normes prescrites par l'arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées, les phases d'études ont débuté en 2018 dans 35 établissements. A compter de 2019, les premiers travaux de mise en conformité dans ces 35 établissements seront menés et des études seront lancées dans 24 nouveaux établissements pour un budget de 32,2 millions d'euros au quinquennal.

### **Interdire le placement en cellule disciplinaire pour les personnes handicapées**

Vous préconisez que soit proscrite la sanction de placement au quartier disciplinaire d'une personne détenue à mobilité réduite. Vous suggérez de retenir des formes de sanctions alternatives au placement en cellule disciplinaire telles que le confinement en cellule PMR.

Je rappelle qu'une sanction de cellule disciplinaire ne peut être exécutée par une personne détenue si son état de santé est compromis par le régime du quartier disciplinaire, conformément aux dispositions de l'article R. 57-7-31 du code de procédure pénale : c'est donc une appréciation au cas par cas qui doit être retenue et non le principe d'un aménagement systématique.

Ainsi, le médecin intervenant à l'établissement pénitentiaire est avisé quotidiennement des placements en cellule disciplinaire<sup>2</sup>, qu'ils le soient à titre préventif ou non, considérant le principe suivant lequel l'exécution d'une sanction de cellule disciplinaire ne peut être poursuivie que si la personne qu'elle concerne est dans un état physique et mental lui permettant de la supporter.

Le médecin décide en fonction des éléments qui lui sont fournis, de la nécessité de se déplacer ou non. Le médecin de garde doit être prévenu de la même façon du placement en cellule disciplinaire.

Le médecin se rend au quartier disciplinaire afin d'examiner chaque personne détenue au moins deux fois par semaine, et aussi souvent qu'il l'estime utile. Chacune de ses visites est enregistrée dans le registre du quartier disciplinaire. Il peut, en outre, être amené à se rendre au quartier disciplinaire, à la demande du chef d'établissement, afin d'examiner une personne détenue dont l'état de santé est préoccupant.

Si le médecin constate que le maintien de la personne en cellule disciplinaire est de nature à compromettre sa santé, il en fait mention sur le registre tenu à cet effet au quartier disciplinaire et transmet sans délai un certificat médical au chef d'établissement, afin de lui permettre de suspendre immédiatement l'exécution de la mesure. Il ne s'agit pas d'un simple avis médical mais d'un constat liant le chef d'établissement.

---

<sup>2</sup> L'article R. 57-7-31 du CPP dispose que « la liste des personnes placées en confinement en cellule individuelle ordinaire et de celles présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale. Le médecin examine sur place chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. La sanction est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé de l'intéressée ».

## **Le transport dans des véhicules adaptés des personnes handicapées**

S'agissant des extractions médicales, si l'état physique de la personne détenue est susceptible de complexifier l'application des conditions de transport et des moyens de contrainte justifiés (plâtre, pansement, port de béquille), l'unité sanitaire est sollicitée au préalable par l'administration pénitentiaire afin de déterminer le moyen de transport adapté et/ou l'adaptation des moyens de contrainte envisagés.

Si le transport est médicalisé, une prescription doit être réalisée au préalable. Ainsi, il appartient au médecin de l'unité sanitaire ou de l'établissement hospitalier de prescrire le mode de transport le plus adapté à l'état de santé et au niveau d'autonomie du patient, dans le respect du référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale<sup>3</sup>.

S'agissant des extractions judiciaires, en cas de doute sur l'état physique apparent de la personne détenue, le chef d'escorte prend toute disposition afin de s'assurer de l'absence d'incompatibilité au transport, en recueillant l'avis de l'unité sanitaire.

Lorsqu'il est établi par un médecin, habilité ou autorisé à intervenir dans l'établissement pénitentiaire, que l'état de santé du détenu ne permet pas son transfert ou son extraction, le certificat délivré par ce praticien permet l'application éventuelle des dispositions de l'article 416 du CPP.

Ainsi, si le prévenu ne peut, en raison de son état de santé, comparaître devant le tribunal et s'il existe des raisons graves de ne pas différer le jugement de l'affaire, le tribunal peut ordonner, par décision spéciale et motivée, que le prévenu, éventuellement assisté de son avocat, sera entendu à la maison d'arrêt dans laquelle il se trouve incarcéré par un magistrat commis à cet effet, accompagné d'un greffier.

Si la personne détenue ne peut se mouvoir par ses propres moyens, sans pour autant entrer dans le champ d'application de l'article 416 du CPP, l'établissement porte l'information au responsable de l'autorité de régulation et de programmation des extractions judiciaires (ARPEJ) dès réception de la réquisition. Ce dernier sollicite un véhicule approprié avec l'assistance de personnels spécialisés auprès du magistrat requérant.

L'utilisation de fauteuils roulants et brancards est assurée par des personnels sanitaires.

Ces règles développées supra sont rappelées dans le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice<sup>4</sup> (cf. annexe 1), et la doctrine d'emploi (cf. annexe 3) des pôles de rattachement d'extractions judiciaires (PREJ).

### **Permettre aux médecins de l'USMP d'apprécier les conditions de détention *in concreto***

Vous soulevez le fait que l'appréciation des incompatibilités éventuelles relatives à la vie en détention, par le médecin doit être réalisée *in concreto* en tenant compte de l'état de santé de la personne détenue et de l'environnement qui lui est offert. Vous précisez que des visites régulières du médecin en détention doivent permettre cette appréciation.

Cette appréciation *in concreto*, c'est-à-dire au regard de ces conditions effectives de détention, est bien prévue par le guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale. Ainsi, la comptabilité du maintien en détention correspond à un maintien en détention ordinaire et non au sein d'une UHSI, d'une UHSA ou de l'EPSNF.

### **L'utilisation des moyens de contraintes proportionnés à la situation de handicap**

Ces éléments sont rappelés dans la doctrine d'emploi des PREJ et dans les notes relatives aux conditions de réalisations des extractions médicales.

<sup>3</sup> Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Instruction interministérielle n° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir\\_42889.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42889.pdf)

Plusieurs notes<sup>5</sup> sont venues encadrer les conditions d'utilisation des menottes et entraves, tout en insistant sur la nécessité d'adapter les moyens de contrainte à l'état de santé des personnes détenues et de veiller à ce que leur port n'occasionne pas de douleurs supplémentaires. En cas d'extraction d'une personne présentant une particularité physique pouvant compliquer la pose des moyens de contrainte, l'avis des personnels hospitaliers est sollicité.

Les personnes de détenues âgées de plus de 70 ans ne sont soumises au port de moyens de contrainte que dans les cas exceptionnels où leur dangerosité est avérée. En aucun cas, celles-ci ne sont soumises au port des entraves de façon systématique.

La direction de l'administration pénitentiaire n'a pas été informée de difficultés quant à l'application de ces notes. Toutefois, un groupe de travail dédié aux droits du patient, lancé en novembre 2018 dans le cadre de la stratégie nationale de santé, doit revenir sur la question des extractions médicales avec l'objectif de préciser les conditions de réalisation des extractions médicales dans leur globalité.

### **La mise en place d'un accompagnement humain pour les personnes en situation de handicap**

Vous soulignez l'insuffisance des aides humaines (SAAD, SSIAD) en détention. L'administration pénitentiaire s'attache à développer le conventionnement avec les acteurs de droit commun, sur les fondements de l'article 2-1 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

L'objectif est de favoriser les partenariats au niveau local avec les conseils départementaux et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) afin d'améliorer l'accès à l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) qui permettent de financer les aides humaines et techniques, ainsi que les partenariats avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) au titre de la mise en œuvre de l'aide humaine.

A cette fin, la direction de l'administration pénitentiaire a pris l'initiative de lancer les travaux d'élaboration d'un modèle type de convention avec l'ensemble des partenaires concernés (établissements pénitentiaires, SPIP, conseils départementaux, MDPH, SAAD) dans le cadre d'un groupe de travail associant la direction de l'administration pénitentiaire, la direction générale de la cohésion sociale et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de faciliter la mise en place des partenariats.

Dans une démarche de suivi et d'évaluation des politiques publiques qu'elle pilote, la direction de l'administration pénitentiaire a effectué une enquête en septembre 2015. Elle montre qu'il existait à cette date 40 conventions avec des SAAD et 15 conventions SSIAD. Le modèle de convention nationale doit permettre d'en augmenter le nombre.

### **Les dispositifs de sortie anticipée**

Vous évoquez le caractère difficilement conciliable du passage au centre national d'évaluation pour les personnes condamnées à de longues peines ou pour des faits de terrorisme dans le cadre de la libération conditionnelle pour raison médicale à la suite d'une suspension de peine.

La mise en place effective d'un placement sous surveillance électronique, d'un placement à l'extérieur, d'une semi-liberté voire d'un placement sous surveillance électronique mobile pour des personnes qui font, depuis plus de trois ans, l'objet d'une suspension de peine pour raison médicale, apparaît matériellement difficile.

---

<sup>5</sup> Circulaire du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenues faisant l'objet d'une consultation médicale.

Note du 20 mars 2008 relative au port des menottes et entraves à l'occasion des extractions médicales.

Note du 30 juin 2010 relative à l'utilisation des moyens de contrainte lors des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une extraction médicale.



Toutefois, il convient de noter qu'actuellement aucun texte n'écarte l'application de ces dispositions pour les personnes condamnées répondant aux critères de la libération conditionnelle pour raison médicale. La direction de l'administration pénitentiaire est tenue par la législation en vigueur.

Vous évoquez également la difficulté à contacter des experts afin de conduire les expertises nécessaires pour l'obtention d'une suspension de peine pour raison médicale.

La démographie médicale des experts psychiatriques judiciaires constitue un point d'attention des ministères de la Justice et de la Santé, notamment en termes d'organisation et de financement.

Vous soulignez également que les experts ne se déplacent pas suffisamment en détention pour apprécier la compatibilité de l'état de santé avec la détention et vous constatez que la compatibilité de l'état de santé ne doit pas être évaluée au regard des conditions d'accueil en UHSA ou en UHSI.

La notion de « maintien en détention » correspond au maintien en détention « ordinaire » et non au sein d'une UHSI, d'une UHSA ou de l'EPNSF. Ces dispositions ont été retranscrites dans le guide méthodologique relatif aux aménagements de peine pour raison médicale. En effet, les conditions de « détention » dans ces structures sont a priori adaptées à l'état de santé de la personne, et donc compatibles avec celui-ci, puisqu'il s'agit de structures ou d'unités hospitalières conçues pour accueillir des personnes détenues nécessitant des soins en hospitalisation complète. Cependant, elles n'ont pas vocation à les prendre en charge de façon pérenne. Ce guide dispose également qu'il est essentiel que l'expert puisse avoir connaissance des conditions effectives de détention ou de vie de la personne condamnée.

### **Les difficultés relatives à la recherche d'un établissement d'accueil à la sortie de détention**

Vous relevez les difficultés pour trouver des structures pour les personnes sortant de détention, adaptées à leur état de santé.

La direction de l'administration pénitentiaire a pris un certain nombre d'initiatives afin d'améliorer l'accès des personnes détenues en situation de perte d'autonomie, au regard des difficultés rencontrées à ce jour.

Tout d'abord, elle a impulsé la réalisation d'un guide (cf. annexe 3), cosigné par la DAP et la Croix-Rouge française, relatif à l'accueil dans les établissements de la Croix-Rouge des personnes bénéficiant d'une mesure de suspension ou d'aménagement de peine pour raison médicale. Ce guide a fait l'objet d'une signature commune au mois de mars 2015 et a été diffusé aux services. Son objectif est de présenter le dispositif aux directeurs d'établissements pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes du réseau de la Croix-Rouge française et de lever leurs éventuelles réticences à accueillir des personnes bénéficiant d'un aménagement de peine pour raison médicale issues du milieu carcéral.

Par ailleurs, la direction de l'administration pénitentiaire a mis en place et expérimenté un guichet unique d'accès aux structures d'aval (GUSAv) afin de faciliter les relations entre les SPIP et les structures médico-sociales pour l'accueil des sortants de prison en situation de perte d'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou au handicap, ou atteints d'une pathologie somatique. Un bilan (cf. annexe 4) et un référentiel des bonnes pratiques (cf. annexe 5) ont été diffusés aux services déconcentrés, ce qui devrait permettre le développement des partenariats en la matière.

Enfin, la direction de l'administration pénitentiaire s'attache à ce que ces besoins soient retranscrits dans les plans interministériels. Ainsi, une action est prévue dans la stratégie de santé des PPSMJ. Sur cette base, un groupe de travail Santé/Justice visant à améliorer l'accès à ces structures d'aval, notamment en développant des conventionnements avec les fédérations intervenant sur le champ médico-social, sera mis en place en 2019.


Il s'appuiera sur le bilan de l'expérimentation GUSAv. Par ailleurs, la direction de l'administration pénitentiaire a obtenu l'inscription de cette action dans le plan logement : « assurer l'accès des personnes détenues et des jeunes vulnérables aux établissements sociaux et médico-sociaux adaptés à la prise en charge de pathologie (handicap, troubles psychiatriques, perte d'autonomie, ...) par la

sensibilisation des établissements à l'accueil de ces publics et la mise en relation des SPIP ou des services ASE/PJJ avec ces établissements » (axe 13, action 48).

Je vous prie de croire, Madame la Contrôleure générale, à l'assurance de ma parfaite considération,

*vos attentions.*

Nicole BELLOUBET

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line with a hook at the top, followed by a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.