



SANTE DES
PERSONNES DETENUES

SOMMAIRE

1.	Quelques chiffres régionaux en préambule.	2
2.	Problématique et enjeux.	4
3.	Huit objectifs généraux.....	5
3.1.	Améliorer les modalités d'intervention et de suivi des acteurs de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.	5
3.2.	Assurer, garantir et améliorer l'accès aux soins des personnes détenues face à l'évolution pénitentiaire.....	5
3.3.	Contribuer à une meilleur prise en charge des troubles psychiatriques et à la prévention des suicides, tentatives de suicides et violences.....	6
3.4.	Contribuer à une meilleure prise en charge sanitaire des acteurs d'infractions à caractère sexuel.	6
3.5.	Poursuivre le programme d'inspection.....	7
3.6.	Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé.	7
3.7.	Développer les actions médico-sociales.	8
3.8.	Contribuer à l'émergence d'un pôle hospitalo-universitaire sur la santé des personnes détenues.	8
4.	GLOSSAIRE	9

Population fragile du fait de ses caractéristiques socio-économiques défavorables, de son état de santé dégradé et de l'impact de l'incarcération, les personnes détenues (et plus généralement les personnes placées sous « main de justice ») doivent bénéficier de la même qualité et de la même continuité de soin et de prise en charge de leur santé que la population générale. De même, les plans et programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral.

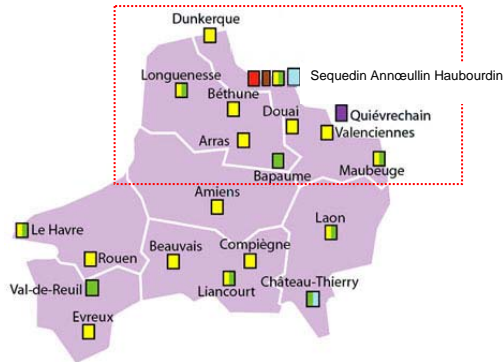
Ce principe, fondement de la loi du 18 janvier 1994, où le ministère chargé de la santé s'est vu confier la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Un Plan national d'actions stratégiques 2010 – 2014 tenant compte de la situation actuelle de la prise en charge et de l'évolution des problèmes de santé parmi cette population a fixé, fin 2009, un certain nombre de priorités déclinées en actions concrètes¹.

L'ARS Nord – Pas-de-Calais entend affirmer l'importance de la déclinaison régionale de ce plan d'actions stratégiques national en intégrant un programme spécifique « santé des personnes détenues » dès la publication du Projet régional de santé, s'intégrant dans un de ses axes stratégique, la lutte contre les inégalités de santé dont sont victimes certaines populations. La prise en compte des personnes détenues fera ainsi notamment l'objet d'actions spécifiques dans les trois schémas régionaux du projet : schéma de prévention, schéma d'organisation des soins, schéma d'organisation médico-social.

1. Quelques chiffres régionaux en préambule.

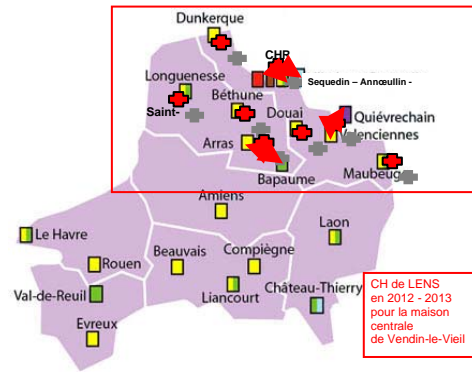
La région compte actuellement douze établissements pénitentiaires (bientôt 13 avec la *Maison centrale*² en construction) mais la situation est toutefois susceptible d'évoluer avec le nouveau programme immobilier pénitentiaire paru en mai 2011.



La population hébergée est variable en raison de la fréquente suroccupation dans les *Maisons d'arrêt*. En décembre 2010, on recensait environ 5000 détenus pour près de 4200 places et ces chiffres ne tiennent pas compte des détenus en semi-liberté, sous bracelets électronique ou en aménagement de peine... Ces établissements pénitentiaires dépendent pour la prise en charge sanitaire de huit centres hospitaliers (bientôt neuf) qui sont responsables du fonctionnement de l'*Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)*.

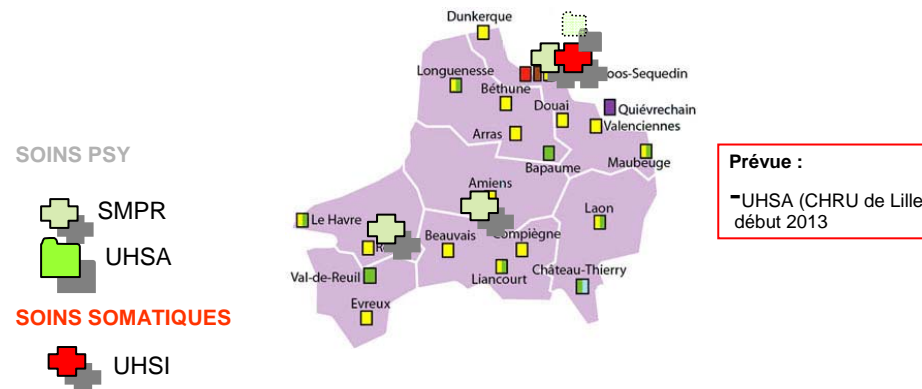
¹ Plan d'actions stratégiques 2010-2014, Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, Ministère de la santé et des sports, Ministère de la justice et des libertés, 2010.

² Voir le glossaire en fin de document pour la signification précise des termes en italiques.



L'hospitalisation pour soins somatiques est réalisée dans les chambres sécurisées des centres hospitaliers de rattachement pour les séjours de moins de 48 heures et dans l'*Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)* pour les séjours plus longs.

L'hospitalisation en psychiatrie est pour l'instant réalisée au *Service médico-psychologique régional (SMPR)* ou en hospitalisation d'office dans les services de psychiatrie ; l'offre de prise en charge devrait toutefois être complétée prochainement par l'ouverture de l'*Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)* prévue début 2013. Il existe enfin une *Unité régionale de soins auprès des auteurs de violence sexuelle (URSAVS)*.



2. Problématique et enjeux.

La santé des personnes détenues et sa prise en charge sont un bon reflet de ce qui se passe en population générale. Les conditions socio-économiques défavorables d'une bonne partie de la population régionale comme son mauvais état de santé se retrouvent amplifiés chez les personnes sous main de justice. Par ailleurs, les éventuels problèmes de fonctionnement du système de santé (permanence des soins, continuité des soins, ouverture des droits à l'assurance-maladie,...) sont particulièrement visibles et aigus en milieu pénitentiaire.

Quelques chiffres choisis parmi les données disponibles permettent de caractériser cette population sur le plan socio-économique : le taux d'activité à l'entrée en détention est de l'ordre de 49 %, 10 % environ des détenus sont en situation d'illettrisme, près de 28 % ont quitté l'école avant l'âge de 16 ans, à la sortie de prison 10 % vivent dans un domicile précaire et 5 % sont « sans abri »,...

En ce qui concerne l'état de santé de la population des personnes détenues l'ensemble des données disponibles³ montre qu'il est particulièrement préoccupant. Y dominent les problèmes d'addictions, les maladies infectieuses (hépatites et VIH), les problèmes bucco-dentaires et surtout les troubles mentaux et les suicides. Cette population jeune mais vieillissante pose toutefois et de plus en plus, le problème de la prise en charge des maladies chroniques, des handicaps et de la dépendance.

Quelques exemples :

- Des troubles mentaux majeurs quatre fois plus fréquents qu'en population générale
- Un taux de suicide six fois plus élevé
- 25 % des entrants en prison déclarent une consommation d'au moins deux substances psychotropes, 30 % une consommation excessive d'alcool
- Une prévalence de l'infection par le VIH de 2,02 % contre 0,23 en population générale, une prévalence de l'hépatite C de 4,80 % contre 0,84.

Face à cette situation, il importe de souligner que la prise en charge sanitaire des personnes détenues rencontre un certain nombre de contraintes et de difficultés liées aux caractéristiques du milieu pénitentiaire, à l'intervention de plusieurs institutions (ministère chargé de la santé, de la justice, de l'intérieur) aux logiques parfois différentes voire contradictoires (opposant des impératifs de sécurité aux impératifs de soins) et aux territoires d'intervention parfois différents (par exemple, la DISP intervient sur trois régions). Les UCSA ne disposent pas toujours des moyens suffisants tant en personnel qu'en matériel (locaux insuffisants et mal équipés notamment sur le plan informatique) ; ces services sont parfois isolés dans leur centre hospitalier de rattachement. La continuité des soins pose problème, en particulier à la sortie de prison. Enfin, la prise en charge psychiatrique reste souvent insuffisante compte tenu des besoins ; les hospitalisations d'office des personnes détenues ont connu une forte progression ces dernières années, notamment dans le département du Nord, où leur pourcentage dépasse maintenant largement celui des hospitalisations d'office en population générale.

Malgré ces difficultés et contraintes, le Nord – Pas-de-Calais dispose d'un certain nombre d'atouts parmi lesquels l'existence préalable d'un volet « santé des personnes détenues » dans le précédent Plan régional de santé publique (PRSP), un programme régional de formation des acteurs interprofessionnel et interinstitutionnel piloté par les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) du Nord – Pas-de-Calais et de Picardie, un partenariat déjà ancien entre l'ARS et la Direction interrégionale de l'administration pénitentiaire,... L'implication des différents acteurs y est importante comme en

³ Voir notamment les références suivantes : « La santé à l'entrée en prison en 2003 », DRESS, Ministère de l'emploi et de la solidarité, « Etudes et résultats » n°386, mars 2005 ; Résultats de l'enquête Prévacar de 2011 ; « Actualités et dossier en santé publique » n° 44, septembre 2005, Haut comité de santé publique ; Falissard (B.), Rouillon (F.), « Enquête de prévalence des troubles mentaux parmi les personnes détenues » in « Actes du colloque 'Santé en prison : dix ans après la loi, quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? », INPES, 2005.

témoignent l'existence de réseaux structurés de professionnels (par exemple, des réunions biennuelles sont organisées pour les UCSA et pour les dispositifs de soins psychiatrique intervenant dans les établissements pénitentiaires).

Enfin, la prise en charge sanitaire des personnes détenues fait l'objet d'un important contrôle externe tant de la part de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) que d'autres structures ou institutions : juge des libertés et de la détention, observatoire international des prisons, instances européennes.

3. Huit objectifs généraux.

Le programme propose huit objectifs généraux à atteindre pour la durée du Projet régional de santé. Il s'agit de grandes orientations reprenant pour la plupart les orientations du Plan national d'actions stratégiques 2009 – 2014 l'adaptant aux spécificités de la région Nord – Pas-de-Calais. Il sera toutefois nécessaire que les institutions et acteurs de la prise en charge des personnes détenues, s'approprient ces objectifs, les discutent et les traduisent en actions concrètes.

3.1. Améliorer les modalités d'intervention et de suivi des acteurs de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

L'ARS entend faire de la santé des personnes détenues un objectif transversal de travail pour l'ensemble de ses directions et services. Les « soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier » constituent notamment une des quatorze missions de service public définies par la loi HPST du 21 juillet 2009 ; à ce titre, les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé assurant cette mission doivent en inclure les obligations.

Il s'agit aussi pour l'ARS d'établir les collaborations nécessaires avec les autres institutions concernées telles que la Direction interrégionale de l'administration pénitentiaire (DISP), la Direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse (DRPJJ). L'ARS est cosignataire, avec la DISP, des conventions liant les établissements pénitentiaires aux établissements de santé pour l'organisation et le fonctionnement des UCSA ; elle assure, en outre, la gestion de leur « comité de coordination ».

3.2. Assurer, garantir et améliorer l'accès aux soins des personnes détenues face à l'évolution pénitentiaire.

Le milieu pénitentiaire est en constante évolution et fait l'objet de nombreuses adaptations législatives et réglementaires (nouvelle loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, nouveau programme immobilier 2011, développement de l'injonction de soins, développement des aménagements de peine⁴, prévention de la récidive...) comme se modifient également les caractéristiques de la population carcérale elle-même (pics de suroccupation dans les maisons d'arrêt, vieillissement, augmentation en pourcentage des auteurs de violences sexuelles et des troubles mentaux parmi les personnes détenues,...).

Cette évolution constante nécessite, de la part des acteurs sanitaires, une adaptation et une vigilance pour assurer et améliorer l'accès aux soins et pour éviter qu'il ne s'écarte de celui de la population générale.

Parmi les actions entrant dans ce cadre, il convient de citer :

- l'adaptation aux besoins des moyens des UCSA
- la création d'un UCSA au centre hospitalier de Lens pour prendre en charge les détenus de la *Maison centrale* actuellement en construction à Vendin-le-Vieil (échéance fin 2012, début 2013)
- l'étude d'une offre de soins en matière de soins de suite et de réadaptation, actuellement insuffisante

⁴ Il s'agit des alternatives à l'incarcération : placements en extérieur, semi-liberté, bracelets électroniques.

- le développement de modalités de prise en charge permettant de réduire les extractions⁵ tout en veillant au bon déroulement des extractions justifiées : consultations spécialisées au sein des UCSA et de l'UHSA, intervention de la permanence de soins au niveau des UCSA, et surtout développement de la télé-médecine.
- la mise en place d'une organisation préparant à la sortie et visant à une meilleure coordination avec le systèmes de soins de « droit commun ».

3.3. Contribuer à une meilleur prise en charge des troubles psychiatriques et à la prévention des suicides, tentatives de suicides et violences.

L'importance des troubles mentaux parmi la population des personnes détenues a déjà été soulignée ; toutefois, la pratique des intervenants des dispositifs de soins psychiatriques en milieu carcéral dans notre région suspecte une prévalence plus élevée de ces troubles dans le Nord – Pas-de-Calais. Le programme soutiendra donc la réalisation d'une enquête épidémiologique sous l'égide de la Fédération régionale de recherche en santé mentale visant à préciser cette prévalence chez les nouveaux entrants en *Maison d'arrêt*⁶.

Le programme régional s'attachera essentiellement à développer une offre de soins psychiatriques graduée et coordonnée. La prise en charge de proximité est assurée par l'intervention des dispositifs de soins psychiatriques dans les UCSA ; il conviendra d'en renforcer les équipes soignantes et de développer à leur niveau des Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (ou CATTP). La prise en charge de recours sera développée dans un cadre interrégional au niveau des SMPR existants et de la future UHSA. En effet, l'UHSA devra répondre aux besoins de l'interrégion de l'administration pénitentiaire (qui comprend outre le Nord – Pas-de-Calais, la Picardie et la Haute-Normandie) et travailler non seulement avec le SMPR de Lille mais aussi avec ceux d'Amiens et de Rouen. Un groupe de travail interrégional associant la DISP, les trois ARS ainsi que les préfets va être mis en place.

Le suivi et la mise en route de l'UHSA sera une des priorités du programme. Cette structure devra, mais pas uniquement, accueillir des personnes détenues en hospitalisation d'office (HO) ; elle devrait donc aider en partie à solutionner les problèmes rencontrés dans leur prise en charge actuelle, basée sur leur hospitalisation dans les établissements et services de psychiatrie. Dans l'attente, les HO feront l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière de leur processus.

Une autre priorité sera la poursuite du programme de prévention des suicides et tentatives de suicides et plus généralement de prévention des violences (cette priorité concerne également l'objectif n°6 ci-après).

3.4. Contribuer à une meilleure prise en charge sanitaire des acteurs d'infractions à caractère sexuel.

La région Nord – Pas-de-Calais s'est déjà doté, en 2009, d'un projet régional autour de *l'Unité régionale de soins aux auteurs de violence sexuelle (URSAVS)* rattachée au SMPR et au pôle de psychiatrie du centre hospitalier régional universitaire de Lille afin de répondre aux besoins de la région Nord – Pas-de-Calais dans tous les lieux où se trouvent des auteurs de violence sexuelle, quelque soit leur statut judiciaire. Cette unité participe à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle en venant en appui des structures de « premier recours » (dispositifs de soins psychiatriques en milieu carcéral, SMPR et Centres médico-psychologiques à la sortie d'incarcération). L'URSAVS dispose d'une centre de ressources, le CRISAVS (pour l'information, la formation et

⁵ Opération par laquelle un détenu est conduit sous escorte en dehors de l'établissement pénitentiaire, lorsqu'il doit comparaître en justice ou recevoir des soins pour l'accomplissement d'un acte ne pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire.

⁶ Cette enquête utilisera la même méthodologie que celle réalisée en population générale il y a quelques années avec l'aide du Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (« Santé mentale en Nord – Pas-de-Calais : images et réalités », DRASS/DDASS Nord – Pas-de-Calais, septembre 2008) ; cette façon de faire permettra en outre des comparaisons population générale/population carcérale.

l'appui aux équipes soignantes intra et extra carcérales) et d'une équipe mobile pouvant intervenir à la demande pour l'évaluation d'un auteur de violence sexuelle et la définition de son projet de soins ; l'URSAVS devrait être dotée prochainement d'un centre régional de soins spécialisés, lieu thérapeutique de soins spécifiques et spécialisés.

Le présent programme s'attachera au suivi de la mise en œuvre de ce projet régional et veillera à développer des interventions spécifiques au niveau du *Centre de détention* de Bapaume, dont l'administration pénitentiaire a voulu faire un établissement « pilote » en matière de prise en charge des auteurs de violence sexuelle.

3.5. Poursuivre le programme d'inspection.

Depuis plusieurs années, un programme systématique d'inspection des établissements pénitentiaires est mené. Il vise non seulement à contrôler l'application de la réglementation en matière de prise en charge de la santé tant physique que psychiatrique des personnes détenues mais aussi à évaluer l'environnement carcéral sur le plan de l'hygiène, des conditions de détention, de la sécurité sanitaire,...

Ce programme sera poursuivi, couplé au contrôle de la mise en œuvre des recommandations prescrites lors des inspections précédentes.

Par ailleurs, les plaintes des personnes détenues concernant leur prise en charge sanitaire sont traitées comme toute plainte émanant d'un usager ; la spécificité du milieu carcéral entraînera toutefois l'élaboration d'une procédure spécifique.

3.6. Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé.

Pour diverses raisons (absence de formation, multiplication des intervenants potentiels et des sources de financement, mais surtout surcharge de travail qu'entraîne la dispensation des soins pour les équipes des UCSA par ailleurs souvent réduites,...), les actions de prévention et de promotion de la santé apparaissent insuffisamment développées dans les établissements pénitentiaires.

En conséquence, les personnes détenues constituent une population particulièrement ciblée dans le schéma régional de prévention. Les principales actions proposées visent à renforcer la compétence des professionnels sanitaires et pénitentiaires (mais aussi les intervenants extérieurs) en matière d'éducation et de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique : formation initiale et continue, développement des collaborations entre intervenants, promotion d'une démarche qualité. En matière d'éducation et de promotion de la santé, les thèmes suivants sont privilégiés : addictions, infections sexuellement transmises (IST) et hépatites, santé mentale, santé bucco-dentaire ; en matière d'éducation thérapeutique : maladies chroniques dont le diabète, hépatites virales et infections par le VIH. Comme plusieurs enquêtes récentes le révèlent, le problème de la réduction des risques infectieux, notamment chez les toxicomanes, reste préoccupant et nécessitera des actions spécifiques.

En matière de prévention, il conviendra, en outre, d'améliorer le dépistage et/ou le diagnostic précoce de certains cancers (sein, col de l'utérus, intestin), de la tuberculose, du VIH et des IST, des hépatites ainsi que des problèmes bucco-dentaires à l'entrée en détention ; l'augmentation de la couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B sera également un objectif.

Enfin, la gestion des signalements (notamment dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire) des alertes et des épidémies fera l'objet de procédures spécifiques compte tenu des caractéristiques du milieu pénitentiaire (cf. le programme « Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires » ou VAGUSAN).

Il faut également rappeler ici le programme de prévention du suicides, des tentatives de suicides et de des violences abordé dans l'objectif 3..

3.7. Développer les actions médico-sociales.

Pour diverses raisons, à l'entrée en prison, il arrive fréquemment que les personnes incarcérées soient en situation de non ouverture de leur droit à l'assurance-maladie (notamment CMU et CMU complémentaire). Des conventions ont été signées entre l'ARS, la DISP et les différentes CPAM pour remédier à cette état de fait ; il conviendra d'en suivre l'application effective, de développer l'information aux personnes détenues sur leurs droits et conditions d'ouverture et de veiller à leur prolongation à la sortie de détention. D'autre part, il convient d'engager une meilleure reconnaissance comme « affections de longue durée (ALD) » des pathologies chroniques que présentent certains détenus.

Sur un autre plan, il faudra engager les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'une part à intervenir plus fréquemment dans les établissements pénitentiaires et d'autre part à prendre en charge les détenus concernés à leur sortie de prison pour assurer une continuité de la prise en charge ; une récente circulaire (en date du 26 septembre 2011) a d'ailleurs prévu des mesures nouvelles pour ces CSAPA et dégagé, pour ce faire, des crédits spécifiques. Par ailleurs, le nombre de places réservées aux personnes sortant de prison dans les dispositifs d'hébergement de droit commun ou spécifiques (comme le dispositif des ACT ou appartements de coordination thérapeutique) devra être augmenté.

Enfin, il conviendra d'engager une réflexion sur la prise en charge du handicap et de la dépendance au sein même des établissements pénitentiaires ; ce problème risque de s'aggraver dans les années à venir et les spécificités de l'incarcération rendent difficiles la recherche de solutions. Des études seront nécessaires pour mieux apprécier les besoins et dégager des pistes d'action.

3.8. Contribuer à l'émergence d'un pôle hospitalo-universitaire sur la santé des personnes détenues.

Le Centre hospitalier régional et universitaire de Lille occupe une place importante dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues au niveau de la région ; il fait, en effet, fonctionner les UCSA de deux établissements pénitentiaires et probablement de trois si une nouvelle structure est reconstruite comme prévu sur le site de Loos, le SMPR, l'UHSI, l'URSAVS et bientôt l'UHSA. Les relations avec la faculté de médecine (pôle médico-légal, pôle de psychiatrie,...) comme avec les sociologues des universités de Lille I et III sont fortes. Par ailleurs, une Fédération régionale de recherche en santé mentale s'est constituée il y a quelques années.

Cette situation est assez unique et originale en France et devrait permettre l'émergence et la reconnaissance d'un pôle hospitalo-universitaire d'excellence sur la santé des personnes détenues développant la recherche, l'expertise et la formation tant initiale (accueil des internes, développement de diplôme d'université -DU- comme celui sur « psychiatrie et justice ») que continue.

4. GLOSSAIRE

Définition des établissements pénitentiaires.

Une **maison d'arrêt** reçoit les prévenus (détenus en attente de jugement) ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas, en principe, un an lors de leur condamnation définitive.

Un **centre de détention** accueille les condamnés d'un an et plus considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. A ce titre, les CD ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

Une **maison centrale** reçoit les condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Un **centre pénitentiaire** est un établissement qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

Centre pour peines aménagées (CPA) : peut recevoir les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Centre de semi-liberté : reçoit des condamnés admis au régime de la semi-liberté (voir "semi-liberté") ou du placement à l'extérieur sans surveillance.

Milieu ouvert : Le milieu ouvert regroupe l'ensemble des mesures alternatives à l'incarcération qui répondent à une démarche axée sur la responsabilisation du condamné. Les personnes faisant l'objet de ces mesures sont placées sous contrôle du juge de l'application des peines et suivies à sa demande par des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), soit dès le jugement (contrôle judiciaire), lors du jugement (sursis avec mise à l'épreuve) ou suite aux modalités d'exécution de la peine d'emprisonnement (semi-liberté)...

Placement sous surveillance électronique (PSE) et placement sous surveillance mobile (PSEM) : le placement sous surveillance électronique (PSE) est une alternative à l'incarcération décidée par les autorités judiciaires. La personne condamnée peut ainsi rester à son domicile et travailler. Elle porte un bracelet à la cheville ou au poignet permettant de contrôler les horaires de ses déplacements. Le placement sous surveillance électronique mobile permet de localiser à tout moment la personne concernée grâce à un système de suivi par satellite (GPS).

Types de détenus.

Condamné : personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

Prévenu : personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Semi-liberté : modalité d'exécution d'une peine permettant à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, ou encore de bénéficier d'un traitement médical. Le condamné doit rejoindre le centre de semi-liberté à l'issue de ces activités.

Structures ou institutions sanitaires.

Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)

Unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, elle assure les soins incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité de soins à la sortie de détention.

Véritables structures hospitalières, les **UHSI (Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales)** sont des structures hospitalières qui reçoivent les détenus souffrant de pathologies somatiques (non psychiatriques) pour des séjours programmés supérieurs à 48 heures. L'hôpital de rattachement des établissements pénitentiaires reste compétent dans les autres cas (hospitalisations d'urgence ou de moins de 48 h.). Placée sous l'autorité d'un médecin hospitalier, l'UHSI fonctionne grâce à la coopération des personnels pénitentiaires, des personnels hospitaliers, des policiers et des gendarmes.

Les **UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées)** permettront l'hospitalisation en psychiatrie des personnes détenues atteintes de troubles mentaux qu'il n'est pas possible de maintenir dans une structure pénitentiaire classique.

L' **URSAVS (Unité régionale de soins aux auteurs de violence sexuelle) du Nord – Pas-de-Calais.**

Il dispose d'un **Centre de Ressources Interdisciplinaire pour le Suivi des Auteurs de Violence Sexuelle (CRISAVS, Nord - Pas de Calais)** qui dispense régulièrement, par voie électronique des informations sur les congrès, journées scientifiques et sur les publications.

Service médico-psychologique régional (SMPR)

Service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire comprenant une unité d'hospitalisation et offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire.

Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

Créé par le décret n° 99-276 du 13 avril 1999, il a pour mission, auprès des établissements pénitentiaires et du milieu ouvert, de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et des personnes placées sous son contrôle par les autorités judiciaires. Il existe un SPIP par département, dirigé par un DSPIP.