

# Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique

**Si l'accès aux soins est un droit pour les personnes emprisonnées, sa mise en œuvre rencontre des difficultés dues à l'organisation et quelquefois aux préjugés.**

**Olivier Obrecht**

Praticien hospitalier, ancien chef du service de médecine en milieu pénitentiaire du Centre hospitalier sud-francilien (maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis ; Essonne) ; chef du service Études et développement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

**D**onner la responsabilité et le contrôle de l'offre de soins en prison à l'administration de la santé correspond à une évidence. Tous les professionnels de santé œuvrant en prison dépendent désormais, par convention, d'un hôpital de rattachement, qu'il s'agisse des soins somatiques (UCSA : unités de consultations et de soins ambulatoires) ou psychiatriques (SMPR : services médico-psychologiques régionaux), en rupture avec leur isolement antérieur au sein de l'administration pénitentiaire.

Sur un plan de santé publique, cette nouvelle approche est aussi séduisante, par l'objectif visé de considérer la personne emprisonnée comme un citoyen devant bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins qu'une personne libre. La prison est un lieu où se concentrent de nombreux problèmes de santé publique. Les détenus présentent des pathologies en rapport avec leur mode de vie ainsi qu'avec la précarité des conditions sociales qui sont bien souvent les leurs à l'extérieur des murs carcéraux [1].

La réforme des soins en milieu pénitentiaire, dont l'aboutissement est constitué par la loi du 18 janvier 1994, est le fruit d'une longue maturation, parallèle à la prise de conscience progressive de la société face aux conditions carcérales. Ce mouvement a comporté plusieurs étapes importantes. En 1984, l'Inspection générale des affaires sociales est chargée du contrôle sanitaire des prisons, remplaçant l'inspection médicale dépendant du ministère de la Justice. En 1986, l'organisation des soins psychiatriques est rattachée aux hôpitaux et les SMPR sont créés. En 1994, enfin, la loi du 18 janvier prévoit que

*« les détenus doivent bénéficier d'une qualité et d'une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population »* et que *« le service public hospitalier assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier. Il concourt dans les mêmes conditions aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires »* [2]...

L'objectif de la loi est d'autant plus ambitieux que l'état sanitaire de départ était mauvais, comme l'ont rappelé avec constance les études ou analyses publiées, à commencer par le rapport du Haut Comité de la santé publique (janvier 1993), qui a servi de catalyseur final pour la réforme actuellement en application dans tous les établissements pénitentiaires de France [3].

La prise en charge sanitaire des détenus tant à l'intérieur de la prison qu'à l'extérieur est donc désormais garantie dans des principes équivalents à ceux de tout citoyen. Cette réforme, pour innovante qu'elle soit, était préconisée depuis de nombreuses années par plusieurs instances. Elle prend place dans l'évolution contemporaine de la prison, marquée par une « porosité » croissante des murs, une multiplication des interlocuteurs externes et une émergence sociale de la conscience des droits des détenus. Elle s'inscrit aussi dans un contexte international de dispositions et recommandations, telles que la recommandation de 1987 du Conseil de l'Europe sur les « règles pénitentiaires européennes », qui rappelle que le système pénitentiaire ne doit pas aggraver les souffrances inhérentes à la situation de privation de liberté ; positions

réaffirmées par une recommandation du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe en 1998 [4].

Parallèlement, les règles professionnelles s'appliquant aux différents professionnels de santé sont les mêmes en milieu carcéral, qu'il s'agisse des professionnels paramédicaux ou du Code de déontologie médicale. Ce dernier d'ailleurs a fait l'objet d'un examen précis de la part du Conseil national de l'Ordre des médecins afin de rappeler les exigences particulières en matière déontologique de l'exercice dans ce contexte particulier [5].

Un certain nombre d'écueils sont néanmoins à prendre en compte au moment où l'on va considérer que la prison peut être un lieu où l'on est soigné, la seule restriction s'appliquant théoriquement au détenu étant celle d'aller et de venir. L'exercice de ce droit n'est pas total. Quelques exemples éclairent cet écart entre une situation de droit et une situation de fait.

#### Un accès aux soins très encadré

Tout détenu qui souhaite voir un médecin en urgence doit passer par l'intermédiaire du surveillant pénitentiaire. Pour une demande de consultation, le détenu peut écrire pour être reçu, mais dans ce cas encore c'est le surveillant qui régule le mouvement en détention pour permettre l'accès à l'unité de soins. On ne peut donc pas dire de façon absolue et générale que les détenus ont un libre accès aux soins, du fait de cette médiation obligatoire. Cette procédure passe en général par une demande écrite (hors urgence) et peut également être source de délais.

Le deuxième élément concerne le libre choix du praticien. Ce libre choix est un principe fort de l'exercice de la profession médicale en France, rappelé notamment par le Code de déontologie médicale ainsi que le Code de la Sécurité sociale. Ce libre choix n'existe pas, de fait, pour les personnes détenues — elles sont tenues d'être soignées par les médecins présents dans l'établissement pénitentiaire qui les héberge. Les établissements disposant de plusieurs médecins peuvent néanmoins organiser une manière de choix pour les détenus, mais celui-ci reste de toute façon très formel entre deux ou trois personnes. Cette disposition, manifestement contraire au droit général, a été corrigée dans le corpus réglementaire du Code de procédure pénale (décret du 8 décembre 1998 modifiant le Code de procédure pénale), en particulier l'article D. 365 qui précise que « *les détenus ne peuvent être examinés et soignés par un*

*médecin de leur choix, à moins d'une décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent. Ils doivent alors assumer les frais qui leur incombent du fait de cette prise en charge* ». On mesure à quel point cette disposition du libre choix existe dans la théorie, permettant notamment d'éviter les foudres de la Cour de justice de la Communauté européenne de Strasbourg, mais aussi à quel point l'exercice de ce droit est limité, restrictif, voire impossible.

La situation des malades psychiatriques est encore plus difficile, dans la mesure où les détenus hospitalisés en psychiatrie le sont aujourd'hui uniquement en hospitalisation d'office, sans garde statique de police, au nom d'une confusion persistante entre l'enfermement pour raisons d'ordre public et pour motif psychiatrique. Les conséquences en sont une quasi-impuissance des équipes à l'intérieur des prisons et une réticence forte des équipes extérieures à accueillir des détenus. Le dysfonctionnement est tel désormais que la réforme est inéluctable et urgente.

#### Le secret médical malmené

Du fait même de l'organisation des soins en milieu carcéral, la préservation stricte du secret médical se révèle bien difficile. En effet, tout détenu se rendant à l'unité de soins est connu, d'une part du personnel de surveillance et, d'autre part, le plus souvent, d'une partie des codétenus. Cela génère chez certains patients une méfiance qui peut les conduire à refuser des soins ou des traitements afin d'éviter une stigmatisation en détention. Les surveillants pénitentiaires, quant à eux, bien que tenus au secret professionnel aux termes de l'article 226-13 du Code pénal, peuvent être dans certains cas sollicités, en particulier par leur hiérarchie, pour rapporter des informations dont ils pourraient être les dépositaires. Cette situation de double contrainte peut se révéler, pour ces professionnels, difficile à gérer au quotidien ; c'est pourquoi les services médicaux travaillant en prison doivent apporter un soin particulièrement attentif à la gestion des dossiers médicaux et à la préservation du circuit des informations médicales circulant en leur sein.

Le problème de la confidentialité devient même aigu lors des consultations en milieu hospitalier, c'est-à-dire lorsque le détenu est extrait de l'établissement pénitentiaire pour bénéficier en milieu libre d'une consultation. Dans ce cas, les personnels pénitentiaires ou les policiers chargés de sa garde ont les plus grandes réticences à quitter des yeux le détenu

même pendant les consultations médicales. Cette logique sécuritaire, compréhensible par le risque d'évasion qui peut être réel, ne devrait pourtant s'appliquer selon les termes même du Code de procédure pénale qu'à certains détenus particulièrement signalés et dangereux. En pratique, ce n'est pas le cas et cette intransigeance des forces de l'ordre ou des surveillants pénitentiaires entraîne deux conséquences : d'une part, des violations flagrantes du secret professionnel constituant autant d'entraves à la dignité de l'individu et au principe du colloque singulier entre le médecin et son patient, d'autre part, des tensions fréquentes entre les personnels hospitaliers et les forces de police.

Le cas du détenu hospitalisé apparaît encore plus dérogatoire dans la mesure où de nombreux principes de la Charte du patient hospitalisé ne s'appliquent pas à lui. C'est notamment le cas de toutes les dispositions prévoyant que l'intimité du patient doit être préservée ainsi que sa tranquillité ; de même le respect de la confidentialité des informations qui le concernent est bien difficile à garantir dans la mesure où, systématiquement et pendant toute la durée de l'hospitalisation, des policiers assurent la garde jour et nuit (sauf exceptions de permissions de sortir pour hospitalisation qui demeurent encore actuellement trop rares).

Sur un plan soignant en revanche, le détenu hospitalisé ne reçoit des soins qu'après information et obtention d'un consentement libre et éclairé. Cela n'exclut pas que certaines situations compliquées conduisent les praticiens à se retrouver au centre d'enjeux dépassant largement la relation soignant/soigné : c'est le cas des grèves de la faim prolongées pour lesquelles la tentation est grande de voir jouer au médecin le rôle d'arbitre, voire de décideur en hospitalisant, au besoin sans son consentement, le détenu. De telles pratiques, si elles sont condamnables et font l'objet de recommandations très fermes de la part du Conseil national de l'Ordre, n'en posent pas moins au quotidien des débats éthiques aux praticiens qui exercent en milieu carcéral.

#### Des professionnels hospitaliers en majorité peu sensibilisés, voire réticents

La loi suppose des correspondants hospitaliers pour accueillir les patients. C'est là une réelle avancée de la réforme, dans la mesure où l'hôpital de rattachement devient le partenaire naturel pour l'essentiel des soins non réalisables à l'intérieur des murs, hormis les

[suite, références et fin page 52](#)

# Santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement

**Président de cour d'assises, Alain Blanc salue le décloisonnement qui a suscité la réforme des soins en milieu carcéral et propose de l'élargir à d'autres professionnels : sociologues, psychologues et travailleurs sociaux, notamment pour le traitement de la délinquance sexuelle.**

**Alain Blanc**  
Conseiller à la cour d'appel de Paris,  
président de cour d'assises

**A**vant 1983, dans les prisons, les choses se présentaient, en ce qui concerne la santé des personnes détenues, comme dans les autres domaines : le ministère de la Justice assurait tout et était responsable de tout, y compris des carences en hommes et en équipements. Les médecins et les infirmières relevaient de l'administration pénitentiaire, qui mettait à disposition de ces volontaires des moyens inadaptés et vétustes. Pour sortir de cette situation de misère, mais surtout choquante au regard des droits des personnes momentanément détenues, il a fallu que soit posé un principe général, celui dit du « décloisonnement » selon lequel toute prestation ou tout droit ne relevant pas de la Justice doit être assuré et garanti en prison par le ministère et les professionnels qui en ont la charge en milieu libre. Ce qui, finalement, n'était que la déclinaison du principe posé en 1974, après les révoltes dans les prisons, par le jeune président Giscard d'Estaing : « *la prison, c'est la privation de la liberté et rien d'autre* ». Certes, la psychiatrie avait initié le processus, avec la circulaire du 30 septembre 1967 qui créait les centres médico-psychologiques au sein des prisons. Mais ces structures dépendaient encore de l'administration pénitentiaire.

## **Les luttes pour un nécessaire décloisonnement**

On le sait — ou bien on l'a oublié —, c'est une intersyndicale de travailleurs sociaux, de médecins, de psychiatres, d'infirmiers, de magistrats et d'enseignants, avec quelques bénévoles militants, regroupés dans la Coordination syndicale pénale qui, dès 1980, avait posé les principes de ce décloisonnement, à la

suite de plusieurs scandales liés en particulier à l'état du dispositif sanitaire, mais aussi à la suite d'une réflexion sur l'état de droit en prison dans les domaines de la formation, de la culture ou plus généralement de certaines pratiques autoritaires de l'administration pénitentiaire.

Cette réforme a été initiée en 1983 par celle à qui on la doit : Myriam Ezratty, que Robert Badinter venait de nommer à la Direction de l'administration pénitentiaire. Magistrat, elle avait passé plusieurs années au cabinet du ministre de la Santé, Simone Veil — elle-même magistrat — et posé la première pierre de la réforme : les décrets du 26 janvier 1983 et du 2 février 1984 qui transféraient la charge de l'inspection des services de santé des prisons à l'Inspection générale des affaires sociales. Le reste a suivi, au rythme de toutes les réformes de structure de l'État. Mais ce ne fut pas simple. Non pas à cause de la complexité des textes ou des alternances politiques, mais parce qu'en dehors de la plupart des professionnels de santé intervenant en prison, et, il faut le souligner, de quelques directeurs d'hôpitaux militants de la santé publique, pour le ministère de la Santé et l'assurance maladie cette réforme a longtemps représenté surtout des charges nouvelles. De mon poste de l'époque, j'ai d'ailleurs constaté la même réaction au ministère de la Culture, quand le directeur du Livre d'alors, Jean Gattegno, expliquait aux bibliothécaires et responsables de la lecture publique qu'ils devaient travailler aussi avec la prison où se trouvaient des personnes ayant de considérables besoins de lecture qu'il appartenait au service public de satisfaire.

Il faut le dire aussi : je ne suis pas sûr que

cette réforme aurait abouti si l'irruption du VIH n'avait pas fait prendre conscience à l'opinion que, mal soignés, les détenus faisaient courir à leur sortie de prison un risque sanitaire à toute la population.

### Une mobilisation et une confrontation positives

Président d'assises aujourd'hui, quelles leçons ai-je tirées de ces années pendant lesquelles j'ai participé à la mise en œuvre de cette réforme à la direction de l'Administration pénitentiaire, entre 1985 et 1995 ?

J'ai appris pendant ces années-là ce qu'il en était de ce que l'on pourrait appeler l'art ou la mesure du possible : une telle réforme de structure, de bon sens et conforme à l'intérêt de tous puisque relevant de la santé publique a exigé, pour être menée à bien, du temps, de l'intelligence et des énergies exceptionnelles. De la part de hauts responsables — je pense ici, entre autres, au professeur Guy Nicolas, mais aussi à la passion communicative qui a animé des directeurs d'hôpitaux dont Guy Bezzina, et Gérard Vincent à la tête de la direction des Hôpitaux — des médecins, des directeurs d'établissement pénitentiaire sans l'enthousiasme et la conviction desquels rien n'aurait abouti.

S'agissant de la capacité des institutions à se réformer, j'ai acquis la conviction qu'une institution évolue difficilement grâce à ses seules forces internes. Dans cette affaire de la santé en prison, outre un environnement social et politique « progressiste », il a fallu la conjonction de quelques médecins et magistrats militants, mais aussi, pour reprendre la formule de Daniel Defert, le contexte dramatisant du sida « réformateur social » pour que leurs administrations de tutelle et les politiques se mobilisent. Je ne sais pas ce que leur investissement dans les prisons a pu changer pour les hôpitaux, mais je sais combien la présence de ces derniers dans les prisons a contribué non seulement à améliorer la santé et l'éducation sanitaire des personnes détenues, pour le bien de tous, mais, au-delà, à faire en sorte que l'administration pénitentiaire se recentre sur ses missions propres et se « détende » en acceptant que, dans ses murs, d'autres institutions fonctionnent dans le respect de normes et de logiques autres que les siennes.

D'une certaine manière, c'est aussi à cette confrontation positive que sont invités les juges, les services pénitentiaires et les médecins depuis la création par la loi du 17 juin 1998 de la peine de suivi socio-judiciaire qui impose

des soins obligés<sup>1</sup> aux auteurs reconnus de délits ou de crimes sexuels.

Mon expérience du travail avec les équipes soignantes intervenant en milieu carcéral n'est sans doute pas étrangère à mon souci de considérer l'audience comme un moment à partir duquel le sens et la portée de la condamnation peuvent être déterminants pour l'accusé, et donc aussi pour son environnement. C'est ce qui m'a amené à élaborer, avec mes collègues et les services pénitentiaires de la région parisienne, un canevas de rapport sur la situation en détention de chaque accusé détenu, à propos duquel, auparavant, n'étaient fournies à l'audience que les informations de type disciplinaire. Et à saisir parfois l'administration pénitentiaire, après le procès, de ce que la cour a pu constater à l'audience et qui peut être de nature à définir les modalités d'une prise en charge adaptée pour le condamné, en particulier quand des problèmes de santé ou des difficultés d'ordre psychologique sont apparus à l'audience.

### Les améliorations à poursuivre

Toutes les étapes de la réforme résultant de la loi du 18 janvier 1994 m'ont donné le goût du recours au croisement des disciplines et des savoirs pour comprendre non seulement les accusés ou les victimes, mais aussi les éléments de contexte susceptibles d'expliquer le crime et tenter de ne pas en aggraver les conséquences par une sanction inadaptée. À cet égard, il reste, je crois, beaucoup à faire : je me bornerai ici à lister les quelques questions « santé/justice » qui me paraissent prioritaires vues au bout de trois années de pratique des cours d'assises.

Si le dispositif sanitaire dans les prisons a été transformé, il reste que les besoins de santé (à ne pas confondre avec les demandes qui n'émanent que de ceux, très minoritaires, qui sont conscients de leurs besoins) des personnes détenues demeurent considérables et attestent que c'est en amont que des politiques de santé et d'éducation sanitaire doivent être menées de manière volontariste à l'égard des publics les plus défavorisés.

Une bonne partie des accusés, et surtout ceux dont les procès n'intéressent pas la presse sauf si les faits ont un caractère spectaculaire, relèvent, au sens large, de soins psychiatriques. C'est une question récurrente, pertinemment actualisée récemment par le

D<sup>r</sup> Cyrille Canetti<sup>2</sup>, de savoir si les prisons ne sont pas devenues le lieu de soins privilégié des malades mentaux asociaux.

### Les questions posées par la délinquance sexuelle

Le contentieux de la délinquance sexuelle tel qu'il est actuellement traité par la justice — juridictions et services pénitentiaires — avec les médecins experts ou soignants pose plusieurs problèmes.

Un premier, d'ordre quantitatif : en 1984, un arrêt d'assises sur quatre concernait un viol. En 2001, on est passé à un sur deux (au cours de ma dernière session d'assises à Melun, les cinq dossiers étaient des affaires de viol). Selon les analyses du ministère de la Justice, le quantum moyen des peines d'emprisonnement est passé, pendant la même période, de 2,6 à 4 années d'emprisonnement ferme. Au 1<sup>er</sup> janvier 2001, 7 101 hommes étaient détenus pour des faits de viols, contre 1 451 en 1984<sup>3</sup>. À cela, il convient d'ajouter que le Parlement examine actuellement un projet de loi qui prévoit de porter le délai de prescription pour viol, qui est actuellement de 10 ans après la majorité de la partie civile, à 30 ans. Ce qui est de nature à accroître encore le nombre des affaires de ce type. Sommes-nous préparés à y faire face ?

Un second, concernant l'approche du phénomène : si l'on ne peut que constater aux audiences à quel point les souffrances révélées à l'occasion des procès consécutifs aux plaintes sont lourdes, on peut aussi se demander si l'approche exclusivement médicale qui est aménagée dans le cadre du traitement judiciaire est toujours pertinente : mon expérience de trois années aux assises m'a amené à constater que 80 % des affaires de viols relevaient plus d'une violence sexualisée que d'une pathologie de la sexualité : ce qui est en cause dans la plupart des dossiers, quel que soit l'âge de l'accusé, ce sont les carences éducatives, l'incapacité à respecter le désir ou les droits d'autrui, le rapport à la loi, toutes données qui, que je sache, ne relèvent d'aucune pathologie particulière mais plutôt d'un défaut de socialisation. Ce constat rejoint d'une certaine manière, me semble-t-il, les analyses de Claude Balier<sup>4</sup>

suite et fin page 53

2. Cf. « Vers la carcéralisation de la santé mentale », *Libération* du 19 janvier 2003.

3. Pierre Tournier in *Les soins obligés*, op. cit. p. 206.

4. *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, PUF, 1999.

1. Cf. *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Actes du colloque organisé par l'Association Française de criminologie, Dalloz 2002.

# La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire

Après un « choc culturel » aussi bien pour les services pénitentiaires que pour les services hospitaliers, la réforme de 1994 a instauré une collaboration permettant une meilleure prise en charge sanitaire des détenus.

**Marc Allaman**

Directeur du centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes

Depuis la promulgation de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont transférées au service public hospitalier, y compris dans les établissements à gestion mixte pour lesquels la prise en charge a eu lieu au cours des quatre premiers mois de l'année 2001 lors de la reconduction des marchés de prestations de services avec les groupements privés.

Cette réforme fondamentale constitue une des pierres angulaires d'une politique de décloisonnement menée dans le domaine de la réinsertion par l'administration pénitentiaire et entamée depuis plus de dix ans dans celui plus particulier de la santé.

## L'organisation du dispositif

Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994, toute personne détenue est obligatoirement affiliée à l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale à compter de la date de son incarcération. L'État doit acquitter les cotisations sociales correspondantes et financer également la part qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie : le ticket modérateur pour les soins lors des consultations et hospitalisations, et le forfait journalier lors des hospitalisations. Les ayants droit des détenus français et des détenus étrangers en situation régulière bénéficient également des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), qui est une unité fonctionnelle d'un service hospitalier, est implantée dans chaque établissement pénitentiaire.

Les soins, tant somatiques que psychiatriques, sont pratiqués par des équipes pluridisciplinaires de l'hôpital. Au plan local, cette organisation nouvelle est formalisée au travers d'un protocole, signé par le directeur de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'hôpital, sous l'égide des autorités régionales sanitaires et pénitentiaires.

La charge de l'organisation des soins aux détenus est financée par les budgets des hôpitaux principalement et, en partie, à partir des cotisations sociales versées chaque année par le ministère de la Justice pour l'ensemble de la population pénale et du montant des frais non pris en charge par la Sécurité sociale, versé par le ministère de la Justice aux hôpitaux au titre du remboursement du ticket modérateur et du forfait journalier. Parallèlement, l'administration pénitentiaire assure le financement de l'aménagement ou de la rénovation des locaux sanitaires (UCSA et SMPR) des établissements pénitentiaires, la sécurisation des chambres destinées à l'hospitalisation des personnes détenues en milieu hospitalier et les travaux de sécurisation des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).

Ce dispositif vient d'être complété par les dispositions de la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, en son article 48, qui prévoit la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Ces structures nouvelles doivent permettre l'hospitalisation complète pour troubles mentaux, avec ou sans consentement.

Il devrait ainsi être mis fin à l'hospitalisation (complète) en SMPR, et toute personne détenue atteinte de troubles mentaux



nécessitant une hospitalisation complète sera hospitalisée dans les unités de santé créées par la loi, avec ou sans son consentement ; les SMPR recentreront donc, à terme, leur mission sur les soins ambulatoires.

### Le choc des cultures

La loi du 18 janvier 1994 a constitué une double révolution culturelle pour deux services publics.

Pour le service public pénitentiaire, habitué à tout contrôler en détention, à tout savoir sur la personne placée sous main de justice, bref à avoir un œil « totalitaire » sur le fonctionnement de son univers.

Pour le service public hospitalier, pour lequel la liberté de prescrire, le choix du praticien, un secret médical absolu, donc non partagé, peut s'accommoder difficilement des contraintes de sécurité inhérentes au bon fonctionnement de la prison.

Et pourtant, il convient de souligner, d'une manière générale, la pleine adhésion des services pénitentiaires et hospitaliers aux principes de la réforme et leur forte implication dans sa mise en œuvre.

Ce partenariat a permis d'instituer un nouveau partage des responsabilités impliquant des liens étroits entre ces services — elle nécessite cependant le respect réciproque de deux déontologies, l'une pénitentiaire qui privilégie le contrôle social sur le groupe, l'autre médicale qui place l'individu au centre des préoccupations.

### Le constat

Force est de constater qu'une bonne collaboration s'est progressivement instaurée, permettant une meilleure prise en charge du détenu patient.

Cette amélioration s'est traduite par une augmentation de la présence médicale et para-médicale.

De fait, c'est du personnel infirmier que dépendent, en grande partie, les avancées de la santé en prison.

Personnage central de l'activité de soins, l'infirmier est présent sur place pendant des plages horaires plus étendues que le médecin. Plus disponibles, plus proches des détenus, ces personnels entretiennent avec les surveillants, et plus particulièrement ceux en charge des UCSA, des rapports quotidiens dont la qualité facilite la compréhension des obligations et des servitudes de chacun.

Interface précieuse entre le monde de la santé et les impératifs de sécurité, entre les détenus et les surveillants, l'infirmier est

souvent en capacité d'écoute et d'analyse des démarches, un élément de soutien de la santé physique et morale des détenus.

Car en prison, la demande de soins est beaucoup plus pressante qu'à l'extérieur.

La médiocrité de l'état de santé à l'entrée, notamment en maison d'arrêt, donne une explication partielle de cette différence. Mais une bonne part de cette demande va bien au-delà de la plainte pour « petit bobo » (céphalée, trouble digestif...) : le recours à l'UCSA est en fait, de la part du détenu, une demande de contact, un besoin de parler en confiance, d'attirer l'attention. Parallèlement les « exigences » des détenus vont croissant au fur et à mesure que se développe la notion de « droit à la santé ». Cette revendication doit être gérée avec beaucoup d'attention, la qualité de l'écoute étant dans un nombre de cas plus importante que le nombre de comprimés prescrits, même si la demande de médicaments confine parfois au « mini-chantage » dont certains détenus sont coutumiers.

Nombreux sont ceux, en effet, qui sont en appétit de « cachets » pour les aider à supporter les conditions souvent difficiles de la vie carcérale.

Mais, comme le soulignait le Dr Pierre Pradier dans un rapport commandé en 1999 par le garde des Sceaux et le ministre de la Santé, « *il n'existe pas de pilule du bonheur* ».

Les soignants qui exercent en milieu pénitentiaire doivent savoir aussi dire non, un non parfois difficile, mais un non qui doit être un « acte pédagogique ».

### Les relations surveillants-soignants

Elles sont essentielles au bon fonctionnement de la prise en charge des détenus. Si globalement existent de bons rapports personnels, demeurent parfois des difficultés à avoir une communauté de vues sur les décisions à prendre, liées à la différence de leur formation respective à la nature de leur activité au quotidien, aux approches dissemblables des détenus.

Les soignants sont parfois désarçonnés devant des comportements déviants : ils vivent souvent mal la violence institutionnelle. Les surveillants, quant à eux, sont désireux parfois qu'une caution médicale vienne conforter ou se substituer à une mesure disciplinaire.

De surcroît, l'intervention de nombreux personnels extérieurs a fait que les surveillants, qui étaient jusqu'alors les intermédiaires obligés, voient leur rôle se rétrécir à celui de « porte clés ». Alors même que ces derniers ont un niveau de recrutement plus élevé,

cette amélioration du recrutement est vécue à travers une sensible restriction des domaines d'intervention de ces personnels.

Ce n'est que grâce au travail obstiné mené à l'échelon local à travers des participations communes et croisées que l'on évitera l'instrumentalisation des uns par les autres.

### Des améliorations à conduire

Au-delà des soins, l'engagement d'une véritable politique de prévention et d'éducation pour la santé de la population pénale paraît déterminant pour l'avenir.

L'éducation pour la santé relève de la mission confiée aux équipes médicales intervenant en milieu pénitentiaire, mais elle ne s'inscrit efficacement auprès des personnes détenues que si elle est portée par une démarche conjointe avec les services pénitentiaires. L'objectif est de responsabiliser la personne détenue vis-à-vis de sa santé et de favoriser sa réinsertion ultérieure.

Des formations sur site en direction des professionnels sanitaires et pénitentiaires ont été mises en place afin d'aider à l'élaboration de véritables programmes annuels d'éducation pour la santé. On assiste à cet égard actuellement à une véritable mobilisation des établissements pour intégrer cette problématique pluri-institutionnelle, tant il est vrai que les « usagers » de la prison font très souvent preuve d'une méconnaissance des notions les plus élémentaires d'hygiène. L'inculture sanitaire de l'immense majorité des détenus impose de mettre en œuvre des programmes pédagogiques adaptés.

Le second volet de la réforme du système de santé en prison concerne la détermination d'un schéma national d'hospitalisation.

Si les principes fixés par les textes répondent globalement aux besoins exprimés dans ce domaine, la difficulté majeure aujourd'hui réside dans la répartition des fonctions entre les services pénitentiaires et les services de police et de gendarmerie, s'agissant de la garde des détenus hospitalisés. Même si les orientations et décisions sont annoncées, leur mise en œuvre au quotidien est encore aujourd'hui une source de tensions au niveau local, qui ne peuvent être traitées que globalement par des moyens humains et financiers à la hauteur de cette mission.

Deux sujets cependant sont une source d'insatisfaction, tant pour les services médicaux que pénitentiaires.

Les soins dentaires d'abord, qui constituent un véritable point noir dans l'organisation des

suite et fin page 53

# La psychiatrie dans l'univers carcéral

**Le nombre de malades mentaux incarcérés augmente. D'une part la prison génère des troubles psychiques et, d'autre part, on y enferme des personnes souffrant de graves troubles. La prison doit ainsi prendre en charge un problème qui la dépasse et pour lequel elle n'est pas conçue.**

**Cyrille Canetti**  
Psychiatre,  
SMPR de Fleury-Mérogis

Si de tout temps la prison a abrité les malades mentaux, l'entrée de la psychiatrie dans l'univers carcéral date de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et la notion de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire est beaucoup plus récente. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, les maisons de force et les dépôts de mendicité accueillent les insensés. Le Code civil voit le jour en 1804. Le Code pénal lui fait suite en 1810. L'époque est aux réformes. Pinel déclare que les aliénés «loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante». Pinel et Esquirol révolutionnent le concept de maladie mentale, le fou devient un malade susceptible de recevoir des soins. Esquirol souhaite une loi établissant un système d'assistance et remplaçant le système d'exclusion. L'isolement devient un moyen thérapeutique et non plus l'arme de la répression. La loi de 1838 sur l'internement s'inscrit dans une démarche d'aide au malade mental. L'article 64 de l'ancien Code pénal permet d'orienter les déments irresponsables vers les asiles psychiatriques. En quelques décennies la psychiatrie est née, elle revendique ses fous.

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les psychiatres font leur entrée en prison en tant qu'experts. Il faut attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale pour que la notion de soins à dispenser aux malades mentaux incarcérés voie le jour. En 1967, les centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) sont institués, mais le personnel médical reste soumis à l'autorité de l'administration pénitentiaire. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) dont la tutelle est transférée au ministère de la Santé sont créés en 1985 et voient leurs

missions définies dans l'arrêté du 14 décembre 1986 (voir encadré page 26).

## **La prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire**

Deux principes de base sont à rappeler pour appréhender le fonctionnement des soins en milieu pénitentiaire. Premièrement, le secret médical est applicable en prison comme partout ailleurs et les contrevenants s'exposent à des sanctions prévues dans le Code pénal. Deuxièmement, toute prise en charge sanitaire est soumise au consentement du détenu. Les soins psychiatriques sous contrainte sont régis par la loi du 27 juin 1990 du Code de la santé publique et seuls les établissements hospitaliers régis par cette loi sont habilités à recevoir des individus présentant des troubles mentaux et non consentants à leur prise en charge. La confusion est souvent faite avec l'obligation de soins ou la loi de suivi socio-judiciaire concernant les auteurs d'agressions sexuelles. Dans ce cadre, l'individu qui refuse de se soumettre aux soins imposés à l'extérieur s'expose à des sanctions pénales.

Lorsque les psychiatres constatent chez un détenu opposant une pathologie nécessitant une prise en charge, ils ont l'obligation de recourir comme à l'extérieur à une hospitalisation d'office réalisée par arrêté préfectoral. Ces hospitalisations se font dans des secteurs classiques de psychiatrie ou dans des unités pour malades difficiles en fonction de la dangerosité psychiatrique ou criminologique du détenu. Naturellement, face à des situations de crise, des mesures d'urgence visant à assurer la sécurité du personnel, de la population pénale ou du détenu lui-même peuvent être

prises, mais elles doivent se solder par une hospitalisation d'office si le patient continue de s'opposer aux soins.

Dans la majorité des cas, la prise en charge des détenus se fait à leur demande. Ils ont accès aux soins par l'intermédiaire du courrier intérieur. Parfois les détenus nécessitant des soins sont repérés lors de l'entretien d'accueil, d'autres fois ils sont signalés par un membre de l'UCSA (équipe médicale chargée des soins somatiques), de l'administration pénitentiaire, des services sociaux ou par tout autre intervenant extérieur. Dans ce cas, ils sont convoqués à l'infirmerie. Lorsque le comportement à l'origine du signalement ne représente pas un danger pour autrui ou pour eux-mêmes, leur refus de se rendre au rendez-vous est accepté, dans le cas contraire, à titre exceptionnel, une visite en cellule peut être organisée afin de juger de la nécessité de mettre en place une hospitalisation d'office.

De façon générale, les consultations ont lieu à l'infirmerie. Elles peuvent donner lieu à une prescription médicamenteuse et les détenus se voient distribuer leur traitement en cellule de façon quotidienne ou bi hebdomadaire en fonction de leur capacité à gérer leur traitement de manière responsable. Certains SMPR disposent d'une unité de soins constituée de cellules mises à leur disposition par l'administration pénitentiaire. Ces unités, appelées abusivement unités d'hospitalisation, permettent la prise en charge de patients consentant aux soins et nécessitant une prise en charge plus intensive ou ayant, du fait de leur pathologie, des difficultés à s'intégrer à la vie en détention classique. Si la présence de soignants est renforcée au sein de ces unités, le régime pénitentiaire prime sur le régime sanitaire.

Enfin, un certain nombre de consultations ont lieu au quartier disciplinaire ou à l'isolement. Les psychiatres s'y rendent soit à la demande des détenus qui y sont placés, soit sur signalement de l'UCSA ou de l'administration pénitentiaire. Ils ont alors la possibilité de rédiger un certificat s'ils estiment que l'état de santé du détenu est incompatible avec l'application de la sanction.

### Malades mentaux incarcérés : une population en constante augmentation

Certaines enquêtes récentes font état d'un pourcentage alarmant de détenus présentant des troubles mentaux. Par ailleurs, tous les intervenants en milieu pénitentiaire s'accordent à dire que la population des malades

mentaux incarcérés augmente au cours des années et que les pathologies lourdes et ingérables sont de plus en plus représentées, mettant en grande difficulté les agents de l'administration pénitentiaire. Il semble que la proportion inquiétante des troubles mentaux repérés chez les détenus relève au moins de deux phénomènes. D'une part la prison génère de la folie, d'autre part la société enferme ses fous.

#### La prison produit ses fous...

On peut distinguer deux sous-catégories de troubles mentaux engendrés par la prison. D'une part, les troubles qualifiés de réactionnels regroupent dépression, anxiété, insomnie, voire agitation ou épisode délirant et sont consécutifs, soit directement à l'enfermement, soit à la rupture qu'il occasionne soit encore à l'acte à l'origine de l'incarcération. D'autre part, les troubles qui relèvent du défaut d'interaction avec l'environnement. En effet tout individu se situe sur un axe entre normalité et folie, plus ou moins près de l'une ou de l'autre extrémité. Une interaction permanente sur l'environnement permet d'aménager le quotidien pour le rendre plus supportable. Fermer la fenêtre quand il fait froid ou l'ouvrir quand cela sent mauvais à l'intérieur, téléphoner à un proche lorsque la solitude se fait sentir, allumer une cigarette ou fouiller dans le frigidaire quand le sommeil ne vient pas, c'est faire face aux contrariétés plus ou moins importantes en interagissant avec l'extérieur et préserver son équilibre psychique. En prison, la situation est tout autre : toute interaction avec l'extérieur se heurte au cadre qu'imposent à la fois le régime de l'enfermement et la promiscuité. Lorsque l'air est irrespirable en cellule, il faut l'accord de celui qui a le statut de caïd pour ouvrir la fenêtre. De même pour la fermer quand il fait froid. Il n'est pas possible de faire appel à un proche lorsque la solitude se fait sentir et il est difficile d'allumer la lumière ou de bouger dans la cellule quand les établissements sont surpeuplés comme ils le sont et qu'une cellule prévue pour une personne est occupée par trois. On imagine dans ces conditions combien il peut être difficile de gérer les contraintes carcérales et *a fortiori* l'annonce d'une mauvaise nouvelle telle qu'un deuil ou une rupture. Le caractère immuable du contexte carcéral engendre ainsi dépression, anxiété, délire, agitation, voire passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.

Par ailleurs l'enfermement interdit la gestion du temps et de l'espace également indispen-

sable à l'équilibre mental. Cette incapacité à intervenir sur le temps et l'espace place les détenus dans une position de passivité. D'où les réactions parfois si violentes traduisant une réelle souffrance face à une promesse non tenue (qu'elle émane de l'extérieur ou de l'intérieur) ou à un courrier resté sans réponse (il faut rappeler que toute sollicitation en prison, qu'il s'agisse d'une entrevue, d'un travail ou d'un soin, passe par un courrier). Ainsi, le simple fait d'informer les détenus de la date de leur consultation fait considérablement diminuer les automutilations considérées souvent comme l'ultime recours pour avoir le sentiment d'être entendu et par conséquent d'exister. Et de même qu'il n'était pas rare que des états prépsychotiques décompensent lors de l'incorporation à l'armée, la prison par le cadre de vie rigide et non aménageable qu'elle impose déstabilise un certain nombre d'états pré-pathologiques que la souplesse de l'environnement permettait de contenir. Et plus le cadre est rigide, plus il fait basculer dans la maladie ces personnalités fragiles. Le quartier disciplinaire est ainsi un gros pourvoyeur de décompensations pathologiques. Le nombre de suicides qui s'y produisent en atteste.

#### ... La société y envoie les siens

Si la prison génère ses fous, la société y envoie les siens. On voit en effet de plus en plus souvent arriver en détention des individus qui de toute évidence devraient bénéficier davantage d'une hospitalisation que d'une incarcération. On peut voir différentes explications à ce phénomène.

D'une part, depuis quelques années, les victimes ont fait leur apparition dans le système triangulaire de la justice qui mettait jusqu'alors en jeu l'accusateur, le juge et l'accusé et qui avait pour fonction de restaurer la souveraineté de l'ordre public. Peu à peu, l'idée a fait son chemin que le procès est indispensable pour effectuer un travail de deuil. Par conséquent, que l'auteur soit malade mental ou sain d'esprit ne change rien, il faut qu'il y ait, en vue de la réparation, condamnation. Il est ainsi question de faire comparaître pour un « simulacre » de procès les malades pour lesquels un non-lieu est prononcé. Et l'on ne peut s'empêcher de penser que certaines condamnations ont pour seule fonction la réparation des victimes. Certes, les procès ont parfois des vertus thérapeutiques pour les victimes, mais faut-il rappeler que le rôle de la justice est de dire la loi et non de soigner ?

Par ailleurs, de plus en plus d'experts ima-



ginent que la condamnation et l'incarcération du malade mental ont des vertus thérapeutiques ; ils concluent alors à une altération et non à une abolition du discernement au moment des faits (c'est la différence entre les deux alinéas de l'article 122-1 du Code pénal). Ainsi le nombre de non-lieux prononcés en dix ans a été divisé par cent. On ne demande pourtant pas non plus aux experts de soigner l'auteur des faits, mais d'établir son degré de responsabilité.

Pire encore, la constatation d'une atténuation du discernement devrait entraîner une plus grande clémence de la part des juges, or on assiste généralement au prononcé d'une peine plus sévère que si l'individu avait été considéré sain d'esprit. En effet, les attentes sécuritaires de la société ainsi que l'idée que les hôpitaux psychiatriques ne remplissent plus leurs missions aboutissent à la condamnation plus lourde des malades mentaux.

Ensuite les procédures de comparution immédiate, dont le champ d'application a été récemment étendu, entraînent également l'incarcération de bon nombre de malades mentaux, soit parce que leur trouble n'est pas apparu au tribunal, soit parce que les

juges ont de plus en plus le sentiment que l'on peut être soigné en prison de la même façon qu'à l'extérieur.

Enfin la politique des secteurs de psychiatrie, la réduction du nombre de lits dans les services, le courant de fermeture des hôpitaux psychiatriques au profit de petites structures au sein des villes, celui d'intégration des services hospitaliers au sein des hôpitaux généraux et la volonté des psychiatres de ne plus s'occuper que des patients consentants ont pour conséquence de diminuer la durée des séjours hospitaliers et *a fortiori* celle des soins sous contrainte. Toute une population de malades mentaux se retrouve donc à la rue. Il ne lui reste comme moyen de subsistance que la délinquance, qui la conduit tout naturellement en prison.

Il va de soi que les agents pénitentiaires ne sont pas formés pour prendre en charge une telle population et que, face aux désordres qu'engendrent certaines pathologies, l'administration pénitentiaire n'a parfois d'autre recours que le quartier disciplinaire tant pour protéger les malades que leurs codétenus et le personnel de surveillance.

Les gouvernements successifs tentent d'ap-

porter une réponse aux difficultés qu'entraîne cette augmentation de la population malade mentale incarcérée, par exemple en créant des unités d'hospitalisation aménagées, sortes d'hôpitaux-prisons. Pourtant la vraie question n'est pas de savoir comment soigner les fous en prison, mais comment faire pour qu'ils n'y entrent pas.

Henri Ey déclarait : « *La maladie mentale sous toutes ses formes et à tous ses degrés constitue essentiellement une pathologie de la liberté où, par l'impossibilité d'accéder à un empire suffisant sur soi-même, ou par la force de l'inconscient qui pèse de tout son poids dans la détermination des actes et des sentiments, le malade mental est anormalement enchaîné au fond de lui-même* ».

À ce titre, on peut se demander si la société, en envoyant ses fous derrière les barreaux et en pénalisant la maladie mentale, n'applique pas une fois encore le principe de la double peine. #

---

### Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique

suite de la page 45

hospitalisations de plus d'une journée. Une dynamique médicale peut ainsi se créer.

Mais les hôpitaux ne sont pas (toujours) prêts à recevoir ces malades particuliers qui, pour être des patients comme les autres, n'en sont pas moins, aux yeux de beaucoup, des individus dangereux perturbant le fonctionnement habituel de l'hôpital, par les mesures spéciales d'accueil ou les circuits particuliers qu'il peut être indispensable de mettre en place. Le malade détenu est avant tout un détenu malade pour la majorité. C'est une dimension qui prendra encore du temps : le service public hospitalier doit s'organiser pour être au service de tous, sans exception.

Ces quelques exemples illustrent la difficulté qui demeure pour respecter au quotidien le principe fondamental énoncé d'un accès des détenus aux mêmes soins que la population

libre. L'Ordre des médecins a rappelé que « *les détenus sont des personnes comme les autres. Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en raison de leur détention ou de ses causes. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale* » [5]. Les principes sont clairement posés. C'est en revanche l'exercice de ces différents droits qui n'est, soit pas total, soit rendu complexe par les habitudes ou les résistances de ceux dont les missions premières ne sont pas de soigner, mais aussi parfois de ceux dont c'est la mission.

Pouvoir être soigné selon l'état de l'art médical, pouvoir choisir son médecin et entretenir avec lui une relation de confiance sont des droits dans notre pays. Située à l'intersection de plusieurs logiques policières, judiciaires et médicales, la prison est un lieu

de tension permanente et de confrontation d'acteurs aux objectifs divergents. Porter une attention à l'homme malade, indépendamment de son statut de détenu, reste encore aujourd'hui un combat qui n'est pas gagné. #

---

### Références

1. Mouquet M.-C., Dumont M., Bonnevie M.-C. *La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque*. Paris : Drees, *Études et résultats*, janvier 1999, n° 4.
2. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
3. Chodorge G., Nicolas G., Colin M., Fuchs D. *Santé en milieu carcéral*. Paris : Haut Comité de la santé publique, 1993.
4. Recommandation R 98-7 du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe sur la santé en milieu pénitentiaire (8 avril 1998).
5. Hoerni B. et al. *Rapport sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire* ; CNOM, 1996.

## Santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement

suite de la page 47

qui a tant fait pour contribuer à repenser l'approche de cette question à partir de son travail à la maison d'arrêt de Varcès Grenoble. À cet égard, il est encore trop tôt pour faire le bilan de la mise en œuvre de la peine de suivi socio-judiciaire instituée par la loi du 17 juin 1998 : les décrets d'application ont tardé, et tous les rouages du dispositif ne sont pas encore en place sur l'ensemble du territoire. Mais il est temps de se fixer des échéances dans ce domaine tant au niveau national qu'au niveau des secteurs psychia-

triques et des juridictions, conformément à l'une des préconisations de la conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle tendant à la création de « réseaux santé justice intersectoriels organisés par bassin de vie » et rappelant la tradition de la collaboration entre magistrats et médecins depuis la loi du 30 juin 1838. J'y ajouterai pour ma part la nécessité de travailler ces sujets avec les tenants de disciplines autres que le droit ou la médecine : sociologie,

psychologie et travail social en particulier, même si, dans ces domaines comme dans d'autres qu'ont à connaître les cours d'assises, on attend beaucoup des suites données par le ministre de la Santé aux conclusions des derniers États-généraux de la psychiatrie<sup>5</sup> concernant l'état de la santé mentale de la population générale. #

5. Cécile Prieur. « Un rapport préconise 140 pistes de réforme pour sortir de la psychiatrie en crise », *Le Monde* daté du 7 octobre 2003.

## La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire

suite de la page 49

soins et qui méritent l'attribution de moyens supplémentaires conséquents. En effet, l'état bucco-dentaire des entrants en primo-incarcération est véritablement désastreux : caries multiples, soins commencés puis abandonnés, édentés partiels ou sub-totaux sont la marque d'un décrochage de liens sociaux.

Plus préoccupante encore est l'importance du nombre de personnes détenues souffrant de troubles mentaux, sa persistance et son augmentation ces dernières années.

Un faisceau d'indicateurs témoigne de ce phénomène : augmentation très forte des hospitalisations d'office, résultats de différentes enquêtes des entrants en prison ayant reçu auparavant des soins psychiatriques, persistance d'un nombre important de suicides en détention (122 en 2002), augmentation des agressions subies par les personnels pénitentiaires dont une partie peut être liée à des troubles mentaux ou de l'adaptation, repérage et signalement de nombreux cas de troubles du comportement par les surveillants.

Même si le dispositif a considérablement amélioré la prise en charge des pathologies et troubles mentaux, il se révèle encore insuffisant du fait de l'ampleur des besoins en prison.

Les principales difficultés à cet égard sont les suivantes :

- la possibilité réduite des SMPR d'accueillir les patients en hospitalisation complète du fait du défaut de présence sanitaire et de difficultés d'accès aux établissements pénitentiaires durant la nuit,
- les réticences des établissements de santé à recevoir des personnes détenues en hospitalisation d'office en l'absence de garde statique par les forces de l'ordre,
- l'insuffisance globale des temps d'intervention des secteurs de psychiatrie définis dans les protocoles,
- d'une façon générale, l'évolution des méthodes en psychiatrie a consacré les services ouverts au détriment des services fermés, rendant plus difficile l'accueil des personnes détenues au regard de la sécurité et des risques d'évasion notamment.

Si l'administration pénitentiaire n'est pas compétente pour intervenir dans le champ sanitaire, elle est demanderesse d'une amélioration de l'offre de soins aux personnes détenues, tant du fait de sa mission générale de mise en œuvre de l'accès aux droits en prison, que pour améliorer les conditions de vie et d'exécution des peines fortement

affectées par les nombreux cas de maladies mentales.

Incontestablement, ces dix dernières années sont marquées par une évolution globale positive du dispositif d'offre de soins.

La volonté d'affirmer la primauté du soin, celle de clarifier le plus possible les missions respectives des services publics pénitentiaire et hospitalier, conditions essentielles de nature à prévenir tout risque de confusion préjudiciable aux droits de la personne, sont aujourd'hui une réalité.

Elles prennent toute leur dimension dans le travail pluridisciplinaire sur le terrain et au quotidien des hommes et des femmes qui assurent une mission de service public au service du « public » détenu. #