

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^{er} 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

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 psychiatrie⁵ 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. #