

*HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE*

---

**SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL**

---

**Rapport sur l'amélioration  
de la prise en charge sanitaire des détenus**

**Janvier 1993**

---

Mission confiée à :

- Gilbert CHODORGE
- Guy NICOLAS

Rapporteurs :

- Michèle COLIN
- Danièle FUCHS

# Table des Matières

<b>Saisine du Haut comité de la santé publique</b> .....	7
<b>Composition de la mission</b> .....	13
<b>Personnalités consultées</b> .....	14
<b>Syndicats consultés</b> .....	16
<b>Établissements pénitentiaires visités et personnes entendues</b> .....	17
<b>Introduction</b> .....	19
<b>1) Caractéristiques de la population pénale</b> .....	19
<b>2) Données relatives à l'état de santé de la population pénale</b> .....	20
<b>3) Des objectifs de santé publique</b> .....	13
	23
<b>I Un constat nuancé</b> .....	27
<b>I.1 Un dispositif de soins actuellement inadapté</b> .....	27
I.1.1 L'insuffisance des moyens .....	28
I.1.2 Les difficultés d'articulation avec les contraintes pénitentiaires .....	29
<b>I.2 Des avancées notables mais insuffisantes</b> .....	31
I.2.1 L'Établissement d'hospitalisation public national de Fresnes .....	32
I.2.2 Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire .....	34
I.2.3 Les antennes de lutte contre les toxicomanies .....	37
I.2.4 Les conventions avec les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) .....	41
I-2.4.1 <i>Le contexte</i> .....	41
I-2.4.2 <i>La prise en charge de la pathologie liée au VIH : les                     consultations avancées</i> .....	42
I-2.4.3 <i>L'impact positif et les problèmes résiduels</i> .....	43
I-2.5 La fonction santé dans les établissements du "programme 13 000" .....	44

<b>II</b>	<b>Vers une prise en charge sanitaire globale</b>	46
<b>II-1</b>	<b>La médecine préventive</b>	46
II-1.1	la visite médicale systématique des arrivants	46
II-1.2	Le dépistage de la syphilis et autres MST	47
II-1.3	Le dépistage du VIH	47
II-1.4	Le dépistage de la contamination par le virus de l'hépatite B ou C	50
II-1.5	Le dépistage de la tuberculose	50
	<i>II-1.5.1 Dépistage actuel</i>	50
	<i>II-1.5.2 Caractéristiques de la population pénale</i>	51
	<i>II-1.5.3 Les raisons de la mauvaise organisation du dépistage sont nombreuses</i>	51
	<i>II-1.5.4 Propositions</i>	52
II-1.6	Les problèmes posés par l'alcoolisme et le tabagisme	53
	<i>II-1.6.1 L'éducation sanitaire en matière d'alcoolisme</i>	53
	<i>II-1.6.2 La prévention et l'éducation en matière de tabagisme</i>	53
	<i>II-1.6.3 La formation des personnels</i>	54
<b>II-2</b>	<b>L'élaboration d'un dispositif d'accès aux soins somatiques</b>	54
<b>II-3</b>	<b>Un dispositif de prise en charge de la santé mentale à compléter</b>	59
II-3.1	Principes généraux	60
II-3.2	Principes spécifiques	60
	<i>II-3.2.1 Les femmes</i>	61
	<i>II-3.2.2 Les alcooliques</i>	61
	<i>II-3.2.3 Les toxicomanes</i>	61
	<i>II-3.2.4 Les mineurs et jeunes adultes</i>	61
	<i>II-3.2.5 Les délinquants sexuels</i>	61
II-3.3	Développer le nombre de secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire...	62
	<i>II-3.3.1 Procéder à la sectorisation en milieu pénitentiaire</i>	62
	<i>II-3.3.2 Créer de nouveaux secteurs</i>	63
	<i>II-3.3.3 Donner des moyens suffisants</i>	64
	<i>II-3.3.4 Renforcer la mission de coordination</i>	64

	<i>dévolue au SMPR</i> .....	
II-3.4	Réaffirmer l'implication des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile .....	65
II-3.5	Développer les moyens d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus dans les établissements de santé .....	65
<b>III</b>	<b>Propositions de mise en oeuvre</b> .....	<b>67</b>
<b>III.1</b>	<b>Le financement du dispositif</b> .....	<b>67</b>
III.1.1	Le système actuel de financement est basé sur la conception régaliennede l'État .....	67
III.1.2	Ce dispositif de financement ne paraît plus adapté ni à l'évolution des conditions de détention ni aux impératifs sanitaires .....	67
III.1.3	A la recherche de la généralisation de la sécurité sociale .....	68
III.1.4	A défaut d'une prise en charge par l'assurance maladie .....	69
III.1.5	La mise en place du dispositif .....	69
<b>III.2</b>	<b>L'accompagnement institutionnel</b> .....	<b>70</b>
III.2.1	La définition de la politique .....	70
III.2.2	La mise en oeuvre dans les établissements pénitentiaires .....	71
III.2.3	L'inspection et le contrôle .....	72
	<b>Principales propositions de la mission</b> .....	<b>74</b>
<b>I</b>	<b>La médecine préventive</b> .....	<b>74</b>
<b>II</b>	<b>L'accès aux soins somatiques et de santé mentale</b> .....	<b>74</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>77</b>
	<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....	<b>81</b>

**Saisine du Haut Comité de la Santé Publique**

## COMPOSITION DE LA MISSION

Gilbert CHODORGE,  
Directeur du centre hospitalier d'Orsay

Professeur Guy NICOLAS,  
Vice-président du Haut Comité de la santé publique

Michèle COLIN,  
Magistrat, Chef du Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie à la  
Direction de l'administration pénitentiaire

Docteur Danièle FUCHS,  
Médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Val-de-Marne

Docteur Anne GALINIER-PUJOL,  
Praticien hospitalier, médecin-chef de la maison d'arrêt des Baumettes

Robert RAMONE,  
Directeur de la maison d'arrêt Paris-la-Santé

Docteur Jean-Louis SENON,  
Psychiatre, médecin-chef du service médico-psychologique régional de Poitiers

Docteur Jean TCHERIATCHOUKINE,  
Inspecteur général des affaires sociales

Docteur Jacqueline TUFFELLI,  
Médecin-chef du centre pénitentiaire de Fresnes

Docteur Jean VIDAL,  
Praticien hospitalier, président de la commission médicale d'établissement du centre  
hospitalier de Niort

Denis WILMOT,  
Cadre infirmier du service médico-psychologique régional de Loos-lès-Lille

## **PERSONNALITÉS CONSULTÉES**

M. BLANC,  
Sous-directeur de la réinsertion  
Direction de l'administration pénitentiaire

Mme BOURJADE,  
Adjoint au Sous-directeur de l'assurance maladie  
Direction de la sécurité sociale

Mme BROCAS,  
Sous-directeur de l'assurance maladie  
Direction de la sécurité sociale

M. CEBE,  
Sous-Directeur des ressources humaines et des relations sociales  
Direction des affaires générales et de l'équipement, ministère de la Justice

Mme CHOQUET,  
Directeur de recherche, INSERM U 169

Mme CONNAN-CLARK,  
Chargée de la médecine pénitentiaire au bureau organisation des soins, programmes médicaux, fonctionnement médical des établissements  
Direction générale de la santé

M. DEBEAUPUIS,  
Directeur-Adjoint du Cabinet du ministre des Affaires sociales  
et de l'intégration

M. DIEULEVEUX,  
Directeur de la solidarité départementale de l'Hérault

M. le Docteur EMMANUELLI,  
Médecin-chef de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

M. le Docteur ESPINOZA,  
Praticien hospitalier, médecin-chef du service des urgences de l'Hôtel-Dieu  
de Paris

Mme FLAMME,  
Chef du bureau organisation des soins, programmes médicaux, fonctionnement médical  
des établissements  
Direction générale de la santé

M. le Professeur GIRARD,  
Directeur général de la santé

M. KARSENTY,  
Directeur de l'administration pénitentiaire

M. LUCAS,  
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Mme MALINWOVSKI,  
Infirmière à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

M. PEROL,  
Sous-directeur des affaires administratives  
Direction de l'administration pénitentiaire

M. PIAU,  
Directeur de l'hôpital Sainte-Anne  
Président de l'Association des directeurs des centres hospitaliers  
spécialisés en psychiatrie

M. REY,  
Chef du bureau du financement  
Direction de la sécurité sociale

Mme TRABUT,  
Chef du bureau de l'insertion sociale et de la participation communautaire  
Direction de l'administration pénitentiaire

M. VINCENT,



Directeur des Hôpitaux

## **SYNDICATS CONSULTÉS**

Syndicat national FO des personnels de direction

Syndicat national FO des personnels de surveillance

Syndicat national FO des personnels administratifs

Fédération Justice CFDT

Syndicat national d'éducation et de probation de l'administration pénitentiaire

Union des syndicats pénitentiaires

Les syndicats UFAP et CGT ont été contactés et n'ont pas souhaité être entendus.

## **ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES VISITÉS ET PERSONNES ENTENDUES**

### **Maison d'Arrêt de FLEURY-MÉROGIS**

M. MOWAT, Directeur

Mme le Docteur LEMAIRE

### **Établissement d'hospitalisation public national de FRESNES**

M. PARIS, Directeur

M. le Docteur ATKHEN

### **Centre pénitentiaire de LAON**

M. GARCIA, Directeur

M. HALLOS, Directeur de l'Hôpital de LAON lié par convention à l'établissement pénitentiaire

### **Centre de détention de BAPAUME**

M. SAINT-JEAN, Directeur

M. le Docteur MAURIAUCOURT

### **Maison d'arrêt de PARIS-LA-SANTÉ**

### **Centre pénitentiaire de FRESNES**

M. LINTANFF, Directeur

## INTRODUCTION

**A**u 1<sup>er</sup> juillet 1992 les prisons françaises comptaient 54 829 détenus. La tendance structurelle de l'évolution de la population pénale est, depuis 1950, constamment à la hausse (entre 1975 et 1992 le taux de croissance a été de 85 %).

Dans le même temps, la capacité d'accueil du parc pénitentiaire est passée de 28 084 à 45 141 places (soit un taux de croissance de 61 %). Ces places sont réparties dans les 182 établissements pénitentiaires du territoire (118 maisons d'arrêt, 54 établissements pour peines, 9 centres de semi-liberté, 1 hôpital national pénitentiaire).

**1 - La population pénale présente un certain nombre de caractéristiques tout à fait déterminantes qu'il convient d'examiner avec attention si l'on veut mieux cerner les besoins sanitaires des détenus et leur apporter des réponses adaptées.**

Il s'agit tout d'abord d'une population jeune, même si la moyenne d'âge a tendance à s'élever (les plus de 30 ans représentaient 35 % au 1<sup>er</sup> janvier 1975 et 46 % au 1<sup>er</sup> janvier 1990), majoritairement masculine (les hommes représentent 95 % de la population pénale), avec une nette augmentation des détenus de nationalité étrangère (17,8 % au 1<sup>er</sup> janvier 1975 et 30 % au 1<sup>er</sup> janvier 1992). Elle présente le plus souvent un niveau d'instruction générale très faible, une absence de qualification professionnelle. Elle est sans emploi ou sans activité déclarée.

C'est une population à risque, car provenant de milieux où sévissent les problèmes sociaux les plus graves, et qui peut être considérée comme particulièrement exposée aux troubles du comportement. Elle a également la particularité d'avoir eu rarement accès aux dispositifs d'éducation sanitaire et de soins avant son incarcération et de méconnaître ses droits sociaux, alors qu'elle présente des pathologies lourdes de conséquences pour elle-même et pour son environnement.

Elle présente enfin la caractéristique d'être très mouvante puisqu'en termes de flux, on dénombre environ 91 000 entrants en 1991 avec un renouvellement total de la population des grandes maisons d'arrêt 2 à 3 fois par an, même si on enregistre une tendance à la baisse de la détention provisoire depuis 1985 (2,4 % de moins en moyenne

par an).

En juillet 1992 les prévenus représentaient 21 592 personnes pour 33 237 condamnés. En revanche, ces derniers séjournent plus longtemps en prison. Le quantum des peines est en effet passé de 4,3 mois en 1975 à 6,5 mois en 1991. Si les peines criminelles sont restées stables entre 1984 et 1990 (environ 26 %), en revanche les peines correctionnelles de 3 à 5 ans et plus sont passées de 13 % en 1984 à 19,1 % en 1991.

613 détenus purgeaient au 1<sup>er</sup> janvier 1984 une peine correctionnelle d'emprisonnement de plus de 5 ans ; leur nombre était au 1<sup>er</sup> janvier 1991 de 2 288 soit une hausse de 268 %. Les deux tiers d'entre eux sont incarcérés pour trafic de stupéfiants. Les condamnations pour infractions sexuelles ont augmenté dans le même temps de 30 % et celles dont ont été victimes des mineurs de moins de 15 ans de 410 %.

Enfin la récidive est importante puisque, étudiée sur une cohorte de détenus de 1982, elle donne lieu à un taux de retour en prison de 35,6 % au bout de 6 ans.

**2 - Les sources d'informations sur l'état de santé des détenus sont peu nombreuses et présentent le plus souvent un caractère parcellaire parce qu'elles ciblent une pathologie particulière (toxicomanie, alcoolisme, sida...) ou limitent leur champ d'investigation à un site déterminé (Prisons de Lyon, région PACA).**

Un recueil systématique et rigoureux de données sur l'état de santé de l'ensemble de la population pénale est en effet très difficile à mettre en oeuvre pour les raisons suivantes : les bilans de santé des entrants ne sont pas régulièrement effectués, les dossiers médicaux sont renseignés de manière différente selon les établissements, et les personnels des services médicaux des établissements, trop peu nombreux et submergés par l'ampleur des charges leur incombant, n'ont pas les moyens de tenir à jour des bordereaux statistiques.

C'est la raison pour laquelle l'Observatoire régional de la santé Provence - Alpes - Côte d'Azur a été chargé d'une enquête de faisabilité sur la mise en place dans les établissements pénitentiaires d'un système fiable de recueil des données épidémiologiques. Cette étude, décidée à l'initiative du ministère de la Santé et de l'action humanitaire (Direction générale de la santé) et du ministère de la Justice (Direction de l'administration pénitentiaire) a pour objectif de déterminer les moyens à mettre en oeuvre

dans les établissements, pour accéder à la connaissance des besoins de santé des détenus. Ceci constitue le préalable nécessaire à la mise en place d'un système de soins cohérent et adapté (annexe I).

Mais en l'état, ce sont essentiellement les rapports sanitaires annuels, élaborés par les médecins inspecteurs de santé publique pour chaque établissement pénitentiaire, qui permettent d'entrevoir les divers problèmes de santé présentés par la population pénale.

Ainsi, l'accent peut être tout particulièrement mis sur les conduites addictives, très fréquemment rencontrées parmi les détenus : 15 % des détenus sont toxicomanes, environ 30 % consommaient des quantités importantes d'alcool, plus de 80 % sont des fumeurs à plus d'un paquet par jour et environ 30 % prennent habituellement des médicaments.

Outre la vulnérabilité psychique liée à ces comportements de dépendance, les détenus présentent le plus souvent des tableaux cliniques lourds :

- plus de 80 % d'entre eux nécessitent des soins dentaires ; les hépatites B et C sont très fréquentes et le taux de prévalence de VIH est dix fois plus important que dans la population générale ;

- il y a également trois fois plus de tuberculoses dépistées en milieu carcéral qu'à l'extérieur ;

- enfin, les pathologies dermatologiques, digestives, cardio-vasculaires, pulmonaires, traumatiques, les suicides, grèves de la faim et automutilations sont très répandus en prison ;

- quant aux troubles de la santé mentale, ils touchent une partie importante de la population pénale et prennent les formes les plus diversifiées : troubles réactionnels à l'incarcération, angoisse, anxiété, psychopathies, voire parfois des psychoses.

Un rapport intitulé "Conditions de vie en détention et pathologies somatiques"<sup>(1)</sup> met particulièrement l'accent sur l'impact de la durée et des conditions de détention sur l'état de santé des détenus.

En effet, le choc de l'incarcération, la surpopulation pénale, la restriction de l'espace, la rupture de la vie familiale, les conditions d'hygiène en détention contribuent à l'apparition ou à l'aggravation de certaines pathologies : augmentation de l'angoisse,

troubles sensoriels (vue, ouïe), troubles de la digestion, douleurs musculaires sont l'apanage quotidien d'un nombre important de détenus.

Ce même rapport distingue quatre périodes dans le temps de la détention qui ont chacune un effet spécifique sur l'état de santé du détenu :

- la 1<sup>ère</sup> période (de 7 jours à 4 mois) marque le temps de l'explosivité, de l'agressivité tournée contre soi et les autres. C'est le temps des grèves de la faim, de la soif, des automutilations, des tentatives de suicides, de l'angoisse ;

- la 2<sup>ème</sup> période (de 4 à 8 mois) est celle où culmine une symptomatologie de la rentrée en soi : maux de tête, douleurs de la poitrine, de la digestion, symptômes dermatologiques, etc. ;

- la période qui va de 8 à 12 mois est celle de "l'adaptation" constatée à travers la baisse du nombre de consultations et de traitements médicamenteux ;

- enfin, survient le temps de la "réparation" après un an de détention, avec un pourcentage de prise en charge qui reste stable tout au long de la détention.

-----  
**(1)** Association Lyonnaise de criminologie et d'anthropologie sociale - Conditions de vie en détention et pathologies somatiques. Recherche effectuée sous la direction de D. GONIN pour le ministère de la Justice, juin 1991, 205 p.

Ces constatations plaident pour la mise en place d'un dispositif sanitaire diversifié selon qu'il s'agit de prendre en charge des prévenus ou des condamnés, les premiers appelant des interventions centrées sur le dépistage et les soins en urgence, plus intenses et très coordonnées avec tous les services concernés, les seconds relevant davantage d'une prise en charge basée sur l'écoute, le dialogue, la régularité des soins programmés dans le temps, l'apprentissage de véritables liens relationnels dans les contacts avec l'équipe soignante.

La diversité et la gravité des pathologies qui viennent d'être évoquées, la complexité des interventions qu'elles appellent, tout comme leur incidence potentielle sur la population générale, confrontent l'administration pénitentiaire à la nécessité de repenser totalement les politiques sanitaires en milieu carcéral, ce dont elle ne peut s'acquitter seule tant les enjeux sont importants.

### **3 - Des objectifs de santé publique**

Une société solidaire régie par un État de droit se doit, pour le respect de la dignité humaine, de permettre aux hommes et aux femmes privés de liberté d'accéder en cas de besoin à des soins satisfaisants.

La détermination d'objectifs de santé pour la population pénale nécessite la référence à des valeurs partagées :

- protection de la santé du détenu comme de celle de ses proches,
- lutte contre l'exclusion, notamment en matière d'accès aux soins et à l'insertion sociale.

Mais il en va également de la santé de la population générale.

Les détenus souffrent en effet de pathologies graves, contagieuses ou transmissibles. Ils sont, pour la plupart, incarcérés pour des périodes de courte durée et sont appelés à retrouver rapidement leur place en milieu libre. Ils présentent dès lors un certain nombre de risques pour eux-mêmes et pour leur environnement.

Il est en conséquence de toute première importance de mettre en place une politique de santé publique qui apporte des réponses à la hauteur des problèmes sanitaires rencontrés :

- le dépistage des affections fréquentes et graves rencontrées chez les personnes détenues doit être organisé de telle sorte que les soins appropriés leur soient prodigués sans délai. Pour les mêmes raisons les dispositifs d'éducation et de prévention pour la santé doivent être développés en milieu pénitentiaire ;

- les soins curatifs dispensés aux détenus doivent être d'une qualité égale à celle qui caractérise ceux dispensés en milieu libre, pour la prise en charge des pathologies somatiques comme pour les troubles psychologiques et psychiatriques ;

- la continuité de soins est essentielle : elle repose sur l'organisation des services médicaux et sociaux dans l'établissement pénitentiaire pendant le séjour du détenu et vise à prévenir toute rupture de la prise en charge lors de son retour en milieu libre ; elle implique une coordination à l'échelon local, notamment entre la prison et le réseau de soins extérieurs.

Par ailleurs, on connaît maintenant l'importance des enjeux sanitaires par rapport à l'insertion sociale<sup>(1)</sup>.

Dès lors, l'action sanitaire en milieu pénitentiaire doit s'efforcer d'être l'amorce d'un processus global de réparation de la personne et de revalorisation de l'image de soi. Cette reconstruction de l'individu et l'émergence du respect de soi peut être la première étape d'une prise de conscience de l'existence de l'autre et du respect qui lui est dû. Coordonnée à l'ensemble des intervenants sociaux et judiciaires en prison, l'action sanitaire peut donc devenir le levier essentiel de la restauration de la personne dans toutes ses potentialités.

-----  
(1) A cet égard, mais dans un autre domaine, la commission nationale d'évaluation du RMI a insisté sur l'incidence de la dégradation générale de la personnalité physique et mentale dans la désinsertion des publics en difficulté.

Elle doit, en conséquence, prendre toute la place qui lui revient dans le dispositif mis en place par la justice pour favoriser la réinsertion et prévenir la récidive en s'inscrivant dans une logique de reconnaissance des droits de la personne.

En effet, selon la loi, être détenu, c'est être privé de la liberté d'aller et venir par une décision de justice, et de rien d'autre : le droit à la santé, comme le droit à la formation, à la culture ou au travail, doit en principe s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires où les personnes peuvent légitimement prétendre à des soins de même nature que lorsqu'elles sont en milieu libre.

L'implication des services de santé en milieu carcéral depuis une dizaine d'années s'inscrit, au-delà de l'affirmation de ce principe figurant dans la Convention des droits de l'homme, dans le cadre des orientations dégagées en 1983 en matière de prévention de la délinquance : celle-ci passe par l'accès aux droits de toute nature des personnes en difficulté d'insertion, et appelle en conséquence des politiques volontaristes



en direction de ces publics, là où ils se trouvent, de la part de l'Etat et des collectivités territoriales. Les règles pénitentiaires européennes adoptées par le Conseil de l'Europe le 12 février 1987 confirment ces orientations.

L'ensemble de ces objectifs ne saurait être assigné au dispositif sanitaire pénitentiaire actuel qui ne peut faire l'objet que d'un constat nuancé (Chapitre I).

De nouvelles mesures visant à instaurer une prise en charge sanitaire globale doivent être rapidement envisagées (Chapitre II) en mises en oeuvre (Chapitre III).

## **I - UN CONSTAT NUANCÉ**

Le dispositif sanitaire actuel n'est pas à la hauteur des exigences précédemment évoquées (I.1) malgré des avancées notables intervenues depuis quelques années (I.2).

### **I-1 Un dispositif de soins actuellement inadapté**

Les termes de l'article D. 380 du Code de procédure pénale prévoient que les détenus reçoivent gratuitement en prison les soins qui leur sont nécessaires (annexe II).

Il en résulte que c'est à l'administration pénitentiaire qu'échoit la tâche d'organiser la prise en charge sanitaire des détenus et de la financer. Cette obligation qui, de fait, lui incombe est d'un tout autre ordre que les missions qui lui sont expressément confiées par le Code de procédure pénale : la garde des détenus et la préparation de la sortie sans récidive.

Elle doit dès lors l'assurer sans disposer de la compétence, ni des outils et des relais qui permettraient d'apporter les réponses appropriées aux graves problèmes de santé publique présentés par la population pénale.

En effet, l'absence de savoir-faire et de légitimité de cette administration à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins des détenus en la matière, le recours à des personnels sanitaires de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement.

Chaque établissement pénitentiaire est en effet doté d'un service médical (sans lit d'infirmerie) au sein duquel doivent être dispensés des soins de caractère général.

Le positionnement de l'infirmerie au sein de la prison devrait la conduire à être au centre du dispositif de soins, à en être le pivot en assurant :

- le bilan de santé des arrivants quelle que soit leur provenance,
  
- la prise en charge somatique et psychologique du détenu durant tout son séjour avec les orientations qui s'imposent si des consultations extérieures ou des hospitalisations s'avèrent nécessaires,
- la participation à la préparation de la sortie et à la réinsertion en élargissant la prise en charge sanitaire à l'écoute, l'éducation, la prévention, etc.

Or, les services médicaux ne sont pas en mesure à l'heure actuelle d'assurer

correctement ces missions, tant par l'insuffisance des moyens mis à leur disposition que par leurs difficultés d'articulation avec les contraintes pénitentiaires.

### **I-1.1 L'insuffisance des moyens**

- Les équipes médicales et paramédicales sont insuffisantes, incomplètes et de statuts précaires. Les médecins sont recrutés, gérés et payés par l'administration pénitentiaire, le plus souvent à la vacation. Ces vacations, budgétées par l'administration pénitentiaire sont totalement insuffisantes et inadaptées aux besoins (2 h à 4 h de présence par semaine d'un généraliste pour un établissement pénitentiaire de moyenne importance d'environ 400 détenus).

- Les locaux mis à la disposition des services médicaux sont le plus souvent encore vétustes ou inadaptés :

- . salles de soins trop petites ou isolées,
- . absence de salle d'attente,
- . salles de prélèvement peu aseptiques ou inexistantes, etc.

- Les équipements sont très disparates, le plus souvent obsolètes ou insuffisants (50 % des cabinets dentaires ont plus de 5 ans d'existence).

La vacation est rémunérée à raison de 70 F de l'heure. Ceci entraîne trois types de perversions :

- . une tolérance d'écart d'heures entre les heures payées et les heures effectuées ;
- . un recrutement de plus en plus difficile ;
- . des responsabilités de ce fait de plus en plus importantes incombant aux infirmières qui sont fréquemment amenées à accomplir des actes relevant de la compétence des médecins.

Les interventions de spécialistes payés à l'acte ou à la vacation sont notoirement insuffisantes. C'est le cas des dentistes dont les prestations sont trop peu nombreuses, le temps moyen d'attente pour avoir accès à un soin dentaire variant de 6 semaines à 3 mois.

Les infirmières qui sont soit fonctionnaires "Justice", soit Croix-Rouge sont en nombre trop réduit (1 pour 200 détenus environ, en lieu et place d'1 pour 150 détenus, si l'on se réfère à la norme élaborée en concertation avec le ministère de la Santé). Elles ne peuvent, en conséquence, guère assurer que les interventions d'urgence.

Par ailleurs un certain nombre de postes de travail sont inexistantes en milieu

pénitentiaire (préparateurs en pharmacie, aides-soignants, manipulateurs radio, secrétaires médicaux), contraignant de ce fait au recours à des personnes non qualifiées pour assurer les tâches correspondant à ces postes (les surveillants, voire parfois les détenus sont donc mis à contribution en contradiction totale avec l'article D. 105 du Code de procédure pénale).

### **I-1.2 Les difficultés d'articulation avec les contraintes pénitentiaires**

La nécessaire prise en compte, dans le cadre de l'exercice des missions sanitaires, des contraintes liées au maintien de l'ordre et à la sécurité, rend le travail médical en détention plus complexe.

Notamment, l'accès du personnel administratif ou de surveillance au sein de l'unité médicale concourt à une quasi-violation permanente du secret médical. Or, ces personnels sont indispensables pour garantir la sécurité des personnels sanitaires ou pour assurer certaines tâches, faute de personnels spécialisés comme il l'a été dit précédemment.

Quant à la préparation des piluliers, elle est parfois confiée aux détenus eux-mêmes qui sont dès lors parfaitement informés de la nature du traitement et de la pathologie de leurs codétenus. Ces mêmes médicaments sont distribués chaque jour par les surveillants, lesquels identifient le plus souvent très bien les pathologies des détenus à travers les traitements qui leur sont prescrits.

Enfin, les contraintes sécuritaires se font particulièrement sentir lorsqu'il s'avère nécessaire d'extraire le détenu pour consultations extérieures ou hospitalisations.

Tout d'abord, l'absence de véhicules médicalisés dans le parc automobile de l'administration pénitentiaire rend les conditions sanitaires des transports inacceptables au regard de l'état des malades souvent convoyés sur de longues distances.

De surcroît, toutes les extractions sollicitées par les médecins ne sont pas acceptées, faute parfois d'escorte disponible. Lorsque cette escorte est possible, elle est assurée soit par des agents de l'administration pénitentiaire, soit par la gendarmerie, soit par la police (article D. 386 du Code de procédure pénale - annexe II), laquelle se montre très réticente à remplir cette mission qu'elle considère comme une charge indue.

Le même problème se pose pour les gardes statiques lorsque le détenu est accueilli à l'hôpital, notamment lorsque celui-ci est dépourvu de chambre de sécurité. Cette mission qui échoit également à la police, mobilise un nombre important d'agents et génère fréquemment des protestations de la part des directeurs départementaux des polices urbaines et des préfets.

C'est la raison pour laquelle une circulaire interministérielle a été signée le 21 décembre 1990 par les ministères de l'Intérieur, de la Défense, de la Justice et de la Santé aux fins de mettre en place dans 18 établissements hospitaliers de référence, des unités sécurisées susceptibles d'accueillir tous les détenus de province pour des interventions programmées, réduisant ainsi les gardes policières au strict nécessaire (annexe III).

Toutefois cette circulaire qui prévoyait le financement par l'établissement hospitalier de la construction de l'unité sécurisée, contre un prix de journée majorée pour l'administration pénitentiaire incluant l'amortissement de ces travaux, a connu de réelles difficultés de mise en application, les hôpitaux concernés arguant de difficultés techniques et financières. A ce jour, seules une ou deux unités sont en voie de réalisation.

En sus des difficultés précédemment énoncées, le service médical des établissements pénitentiaires ne peut pleinement jouer son rôle que s'il existe une articulation forte et régulière avec les services susceptibles

d'accueillir les malades détenus ou sortant de prison, tant pour assurer la cohérence de la prise en charge que pour éviter sa rupture. Or, force est de constater que faute de temps et de connaissance des structures de soins extérieures, ces liaisons ne sont pas assurées.

Dans un rapport remis en 1992, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) constate que cette articulation est assurée dans les seuls sites où le médecin de l'établissement pénitentiaire exerce conjointement en secteur public hospitalier.

Or, compte tenu de la gravité des pathologies que l'on rencontre aujourd'hui en prison, ces liaisons sont essentielles : l'absence de continuité des soins à l'extérieur représente un danger, tant pour le malade libéré que pour son environnement.

## **I-2 Des avancées notables mais insuffisantes**

Il est donc indispensable que les personnes incarcérées puissent bénéficier dans leur ensemble d'un accès aux soins de qualité identique à celui qui est offert à la population générale.

Conscient de cette nécessité, le ministère de la Justice a mis en oeuvre depuis une dizaine d'années une politique visant à permettre aux services du ministère de la Santé de s'impliquer de plus en plus en milieu pénitentiaire. Le contrôle de l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus confié à l'IGAS à compter de 1984, la création de l'Établissement d'hospitalisation public national de Fresnes, des secteurs de psychiatrie et des antennes de lutte contre la toxicomanie en milieu pénitentiaire en 1986, la mise en place des conventions avec les Centres d'Information et de soins de l'immunodéficience humaine en 1988 en constituent les principales avancées.

Par ailleurs la prise en charge du secteur santé par les groupements privés qui participent à la gestion des établissements du "programme 13 000" représente également un progrès car les personnels sanitaires y sont plus nombreux et les équipements plus importants.

Enfin, la signature en 1992, à titre expérimental, de trois conventions de prestations de services entre des établissements publics de santé et des établissements pénitentiaires (expérience dont le bilan sera développé dans la seconde partie du présent rapport) marque le point d'aboutissement de la politique de décloisonnement menée depuis dix ans par le ministère de la Justice.

## **I-2.1 L'Établissement d'hospitalisation public national de Fresnes**

L'infirmerie centrale des prisons de la Seine a été construite en 1898 en même temps que les prisons et comportait 110 places. Agrandi en 1962, l'établissement comprend aujourd'hui 270 lits d'hospitalisation (court séjour) et 23 lits de moyen séjour.

Cette structure est devenue un établissement public par décret du 27 décembre 1986 portant création dans la commune de Fresnes d'un établissement d'hospitalisation public spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées. Ce décret a été pris en application de la loi du 03 janvier 1985.

Sur le plan financier, les crédits budgétaires alloués sont passés de 13 M F en 1986 à 75 M F en 1992. Cette progression est liée, d'une part à l'intégration en 1987 des dépenses de personnel hospitalier, et d'autre part à une renforcement des moyens tant en fonctionnement qu'en investissement.

Jusqu'en 1986, l'ensemble du personnel médical et paramédical était constitué d'une mosaïque de statuts ; le décret du 21 décembre 1987 a donné la possibilité aux

agents en place d'opter pour le statut de la fonction publique hospitalière, solution retenue par la totalité des personnels.

A ce jour, 234 personnes sous statut hospitalier exercent à l'EHPNF, soit 14 administratifs et techniques, 198 paramédicaux et 22 médecins.

Les instances réglementaires commandées par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 (Conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, comité d'hygiène et de sécurité, etc), permettent la mise en place d'un processus participatif et donnent une marque hospitalière à l'établissement. Elles concrétisent le changement organique et fonctionnel.

Cet établissement, auquel on a demandé un effort considérable de restructuration progressive et d'adaptation à ses nouvelles missions, est devenu un outil de soin plus efficace, en particulier dans la prise en charge des pathologies nouvelles telles que l'infection par le VIH.

Pour l'année 1991, le nombre d'entrées s'est élevé à 2 358, et le nombre de journées d'hospitalisation à 32 845 (chirurgie viscérale : 10 665 ; cardiologie : 11 425 ; unité réservée aux femmes : 5 810 ; chirurgie orthopédique : 9 980 ; médecine : 7 559 ; dialyse : 578 ; moyen séjour : 9 333 ; soins intensifs : 1 985 ; spécialités chirurgicales : 5 510).

Cependant un certain nombre de contraintes d'ordre pénitentiaire et de dysfonctionnements dans l'organisation hospitalière sont actuellement à l'origine de difficultés dont rend compte un rapport de l'IGAS déposé en 1990.

En effet, le fonctionnement de cet établissement ne correspond pas à celui qu'on est en droit d'attendre d'un établissement public hospitalier.

L'hôpital est dirigé par un directeur d'établissement pénitentiaire sans qu'il soit secondé par un cadre hospitalier.

La priorité donnée à la préservation de l'ordre et de la sécurité rend parfois difficile l'exécution des missions sanitaires, notamment en ce qui concerne la possibilité d'intervention en urgence et la continuité des soins, en particulier la nuit.

Par ailleurs, l'hôpital n'est pas véritablement autonome car il dépend, pour toutes les mises sous écrous et pour les transferts, du centre pénitentiaire de Fresnes. Cette dépendance empêche l'établissement de bénéficier de toute la souplesse nécessaire au bon fonctionnement d'un établissement sanitaire.

La durée moyenne de séjour de l'hôpital est de 22 jours (au lieu de 6 ou 8 en hôpital extérieur) parce que des lits aigus sont occupés par des malades de moyen séjour ou parce que des patients qui pourraient être sortants sont maintenus à l'hôpital jusqu'à ce que leur état de santé leur permette d'affronter l'environnement d'une cellule ordinaire.

Les équipements ne sont pas non plus conformes à ceux d'un établissement hospitalier. La plupart des lits ne sont pas médicalisés (pas d'acheminement des fluides, absence de sonnettes).

Le service des urgences est pour l'instant inexistant, l'unité de soins intensifs ne dispose pas des aménagements nécessaires et il n'y a pas de service de réanimation.

L'équipe médicale est incomplète et les praticiens hospitaliers n'assurent que des temps partiels.

On constate également l'absence de secrétaires médicales dans les services, celles-ci étant remplacées parfois par du personnel de surveillance.

Ces modalités de fonctionnement rendent très difficile le respect de la confidentialité et du secret médical.

L'ensemble de ces éléments conduit les médecins-chefs d'un certain nombre d'établissements pénitentiaires à considérer que l'hôpital de Fresnes n'a pas la capacité d'un véritable centre hospitalier général tant en termes de performance de son plateau technique qu'en termes de sécurité médicale des malades. Ils préfèrent dès lors orienter leurs malades vers les hôpitaux extérieurs.

Dans ces conditions l'hôpital de Fresnes ne répond pas pleinement à sa destination.

Actuellement un travail de restructuration est en cours pour s'efforcer de le rendre plus performant et mieux adapté à sa mission.

## **I-2.2 Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire**

Trois textes fondamentaux régissent l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire :

- le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 créant une sectorisation nouvelle, les "secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire",
- l'arrêté du 14 décembre 1986 fixant le règlement intérieur de ces structures,



- la circulaire conjointe n° 1164 du 5 décembre 1988 du ministre chargé de la Santé et du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, visant à apporter un certain nombre de précisions complémentaires aux deux textes précédents.

Cependant et malgré les textes précités, seuls ont été créés, dans chaque région pénitentiaire, un (ou plusieurs) "service médico-psychologique régional" (SMPR), chacun rattaché à un établissement hospitalier public, désigné par arrêté du ministre chargé de la Santé, après consultation du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, c'est-à-dire que le secteur en lui-même n'a pas été défini.

Les personnels médicaux, paramédicaux et sociaux, placés sous l'autorité médicale du médecin psychiatre, chef du service, sont gérés par l'hôpital de rattachement.

Les locaux et équipements sont fournis par l'administration pénitentiaire.

La sécurité est assurée par le personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire, affecté au SMPR. Certains surveillants ont également le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant (CAFAS).

Il existe au moins un SMPR par région pénitentiaire. Au 01 janvier 1992, ils sont au nombre de dix-huit (dont un à la Réunion), le dernier créé étant celui du centre pénitentiaire de Perpignan. Trois d'entre eux ne disposent pas encore de lits d'hospitalisation : Bordeaux, Strasbourg, Rouen.

Les missions du SMPR sont :

- la prévention des affections mentales (dépistage systématique des personnes incarcérées, à leur arrivée) ;
- la mise en oeuvre des traitements psychiatriques (excepté ceux prévus aux articles L. 343 - L. 349 du Code de la santé publique et D. 398 du Code de procédure pénale) ;
- le suivi psychiatrique et psychologique de la population post-pénale ;
- la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Les SMPR ont en outre un rôle central de coordination régionale des prestations de santé mentale, que celles-ci soient assurées par les équipes de secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, par des vacataires rémunérés par le ministère de la Justice

ou par des personnels gérés par les opérateurs privés, mais cette mission n'est pas, à ce jour, pleinement remplie.

Si le bilan que l'on peut réaliser de l'action des SMPR s'avère très positif, on peut en revanche regretter un certain nombre de lacunes :

- les SMPR ne sont que la structure de base des secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire créés par le décret du 14 mars 1986. Or actuellement ces secteurs ne sont qu'une fiction administrative et on verra plus loin que ceci n'est pas sans conséquence sur l'organisation de la psychiatrie pénitentiaire ;

- les SMPR sont tous (à une exception près) implantés dans des maisons d'arrêt, laissant notamment de côté les établissements pour peines qui bénéficient, tout au plus, de quelques vacations de psychiatre par semaine et sont ainsi privés de l'apport du travail de l'équipe pluridisciplinaire du secteur ;

- les maisons centrales sanitaires de Château-Thierry et Metz-Barrès qui sont des structures pénitentiaires reçoivent de plus en plus de malades psychiatriques lourds ; or le personnel médical n'est composé que de vacataires, aucun infirmier de secteur psychiatrique n'y exerce et il n'y a ni garde ni astreinte pour le corps médical la nuit et les fins de semaine ;

- dans les établissements pénitentiaires ne disposant pas de SMPR, exercent des psychiatres vacataires et psychiatres de secteur général ; les conditions difficiles de leur intervention ne leur permettent tout au plus que d'agir au coup par coup sans pouvoir se livrer à un véritable travail de fond.

Les prestations fournies dans les établissements pénitentiaires sont donc globalement tout à fait insuffisantes, voire inexistantes à certains endroits et notamment lorsqu'il s'agit d'effectuer un travail thérapeutique approfondi sur l'acte commis.

Cette situation a des conséquences très préjudiciables au regard des pathologies rencontrées parmi les condamnés. Les auteurs de délits ou crimes sexuels ne bénéficient en effet, le plus souvent, d'aucune prise en charge thérapeutique et terminent leur temps de détention sans évolution notable de leur personnalité avec les risques de récidive que l'on connaît.

De grands psychopathes sont laissés à leur souffrance et un certain nombre de

détenus en crise s'exposent à des réponses disciplinaires en lieu et place de réponse psychiatrique.

Et pourtant, compte tenu de l'allongement de la durée des peines, et en particulier de celles prononcées pour les crimes les plus graves, voire les plus en relation avec des troubles de la personnalité, ce sont les condamnés longues peines qui devraient bénéficier en priorité, en termes de droit à la santé et de sécurité publique, d'une prise en charge thérapeutique.

### **I-2.3 Les antennes de lutte contre les toxicomanies**

Bien que le nombre exact de détenus toxicomanes soit difficile à apprécier de façon irréfutable, pour la raison simple que les infractions pour lesquelles ils sont poursuivis sont, le plus souvent, des atteintes aux biens (58 %) plutôt que des infractions à la législation sur les stupéfiants (34 %) ou parfois les deux (8 %), on l'évalue, en croisant diverses données, à 15 % de la population incarcérée.

Cette moyenne, toute relative puisqu'elle se fonde sur le nombre de toxicomanes "repérés", comprend des extrêmes avec des secteurs culminant à près de 40 % (Fleury-Mérogis, Fresnes, Marseille).

Dans les grandes maisons d'arrêt, les 18 antennes de lutte contre les toxicomanies sont Bois-d'arcy, Bordeaux, Dijon, Draguignan, Fleury-Mérogis, Fresnes, Grenoble, Lyon, Loos-les-Lille, Marseille, Nantes, Nice, Paris-la-Santé, Perpignan, Poitiers, Rouen, Strasbourg, Toulouse, rattachées aux secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. L'antenne de Nice dépend directement du secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Elles ont pour mission, outre l'accueil, le suivi et la préparation au retour à la vie libre des toxicomanes incarcérés, de coordonner l'ensemble des actions de lutte contre la toxicomanie menées tant localement que régionalement.

Des résultats de l'enquête épidémiologique réalisée par l'INSERM en 1992 auprès des antennes<sup>(1)</sup>, il ressort que sur l'ensemble des détenus vus par celles-ci :

- la région parisienne représente 30 % des sujets,
- viennent ensuite :
  - . la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (23 %),
  - . la région Rhône-Alpes (16 %),

-----  
(1) Les toxicomanes incarcérés dans les antennes-toxicomanies.  
Enquête épidémiologique 1989-1990. INSERM U302

- . les régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie (10 %),
- . les régions Midi-Pyrénées et Aquitaine (5 % chacune),
- . enfin les autres régions réunies (11 %).

Une tendance semble se dessiner vers une baisse de cette population en région parisienne, alors qu'on note une augmentation dans le sud-est de la France.

La délinquance est, pour beaucoup, ancienne et préexiste à la toxicomanie : 70 % sont récidivistes, 60 % ont été incarcérés avant 20 ans, 50 % ont été déférés devant la juridiction pour enfants et 40 % des infractions ont été commises avant l'usage de stupéfiants.

La surexposition au risque suicidaire est dix fois plus élevée chez les toxicomanes détenus que chez les consultants des centres d'accueil et de soins spécialisés, 30 % ont consulté en psychiatrie avant leur incarcération, 20 % ont été régulièrement suivis, 20 % ont été hospitalisés.

Le produit le plus utilisé reste l'héroïne (75 % contre 28 % pour le cannabis et 10 % pour la cocaïne). C'est la voie injectable la plus fréquemment choisie, ce qui explique que pour la majorité des antennes l'apparition du SIDA (taux de prévalence estimée à 27 % chez les toxicomanes) a entraîné de nouvelles tâches liées à la prévention et à l'accompagnement de la maladie.

Afin de compléter l'action des antennes, tant dans les grandes maisons d'arrêt que dans les autres établissements où elles interviennent plus ponctuellement, l'administration pénitentiaire en collaboration avec le ministère de la Santé, avec le soutien financier de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) a mis en place un programme d'actions déconcentré au niveau régional, suivant quatre axes prioritaires :

- améliorer l'état psychosomatique des détenus toxicomanes,
- développer les interventions du secteur associatif,
- apporter un soutien technique aux équipes socio-éducatives,
- poursuivre et développer, dans ce domaine, la formation des personnels.

Pour ce faire, la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie alloue annuellement un budget à l'administration pénitentiaire.

Concernant la lutte contre l'alcoolisme, dont les conséquences sur le plan social sont aussi graves et nombreuses que l'usage de produits stupéfiants, les moyens mis en oeuvre s'avèrent nettement insuffisants : peu d'antennes "alcoologie" ont pu être créées, malgré une demande pressante de certains lieux. Seul, le centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis dispose d'une véritable équipe ; dans les autres sites, le dispositif repose sur un seul personnel spécialisé alcoologue affecté à temps plein ou, le plus souvent, à temps partiel au SMPR. On note en revanche de façon générale une bonne collaboration avec les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) et les associations d'anciens malades alcooliques.

Cinq ans après la mise en place des premières antennes toxicomanies des services médico-psychologiques régionaux, il est apparu important de procéder à l'évaluation de ces structures et de faire le point sur leur fonctionnement et sur l'adéquation du cahier des charges.

La Direction générale de la santé a procédé à une enquête par questionnaire auprès des antennes en place.

Enfin le Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie de l'administration pénitentiaire a, pour sa part, élaboré et diffusé un questionnaire dans les services pour mesurer notamment l'articulation de l'antenne avec le service socio-éducatif.

La première partie de l'enquête de la DGS, relative aux activités, permet de noter un fonctionnement très variable d'une antenne à l'autre.

La moitié des antennes voit tous les entrants à leur arrivée. L'autre moitié voit les détenus qui sont adressés pour toxicomanie par les autres services ou ceux qui en ont fait la demande :

- dans le cas des antennes qui ne voient pas tous les entrants à leur arrivée, la proportion de détenus toxicomanes vus par l'antenne varie de 20 % à 100 % ;
- la proportion de détenus toxicomanes bénéficiant d'un suivi psychologique individuel par le personnel de l'antenne varie de 30 % à 95 % ;

- toutes les antennes, à l'exception d'une, établissent des contacts avec les familles de toxicomanes détenus. Cependant, la proportion de toxicomanes concernés par ce contact varie de 2 % à 50 % selon les structures.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette différence dans le niveau de prestation et sont à discuter :

- la date de mise en place des antennes,
- les caractéristiques des toxicomanes,

- l'équipement et les personnels,
- l'influence de l'organisation spécifique à chaque maison d'arrêt.

Par ailleurs, l'enquête montre dans l'ensemble une bonne coordination et une bonne répartition des tâches avec les autres services appelés à intervenir auprès des détenus toxicomanes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la prison.

Cette situation n'est cependant pas généralisable à toutes les antennes car la collaboration avec le service socio-éducatif est parfois jugée difficile par certaines antennes, notamment pour les interventions auprès des familles, et la préparation à la sortie.

Il serait utile d'instaurer une réflexion commune avec ce service afin d'analyser les obstacles à cette collaboration et de favoriser les échanges, pour une prise en charge des toxicomanes incarcérés.

La deuxième partie de l'enquête relative à l'organisation et au fonctionnement des antennes toxicomanies permet de relever qu'il existe, d'une façon globale, une bonne insertion de l'antenne à l'intérieur de la prison.

Elle permet de noter que pour la majorité des antennes, la croissance du nombre de cas de SIDA a entraîné de nouvelles tâches non prévues dans le cahier des charges : information, prévention, et orientation à la sortie des sujets concernés par le VIH.

Enfin, des observations ont été faites par les antennes concernant l'insuffisance de moyens matériels, le manque de personnel et le manque de financement de certaines activités.

Compte tenu de ces remarques, une réflexion sur l'adéquation des activités et des moyens des antennes toxicomanies paraît nécessaire.

Par ailleurs la question est posée de l'opportunité d'une révision du cahier des charges des antennes.

**Le travail d'évaluation doit se poursuivre de la manière suivante :**

- sur l'initiative de la Direction générale de la santé, une évaluation générale du dispositif de soins de la toxicomanie a été menée par un cabinet d'audit. Ce travail qui a été réalisé en 1991 pour les centres d'accueil et les centres d'hébergement est actuellement étendu aux antennes.

Quatre objectifs ont été assignés à cette étude :

1) mesurer l'écart entre les missions définies par le cahier des charges et le rôle

- actuel des antennes ;
- 2) percevoir les liens entre les antennes et les partenaires ;
  - 3) analyser les effets indirects induits sur la population pénale, les personnels, etc., par l'existence d'une antenne dans un lieu donné ;
  - 4) évaluer l'articulation entre les antennes toxicomanies, alcoologie, SMPR.

A partir de cette étude le fonctionnement et l'existence des antennes pourront être repensés.

## **I-2.4 Les conventions avec les CISIH**

La collaboration entre les établissements hospitaliers et les établissements pénitentiaires, dans la prise en charge de la pathologie liée au VIH en milieu carcéral, s'est traduite par la mise en place progressive, à partir d'avril 1989, de consultations de spécialistes hospitaliers dans les prisons.

### **I-2.4.1 Le contexte**

Chaque année depuis 1989, une enquête effectuée un jour donné dans les établissements pénitentiaires évalue, auprès des services médicaux, le nombre de détenus dont la séropositivité est connue du corps médical.

La proportion de ces détenus par rapport à l'ensemble de la population pénale s'est accrue jusqu'à atteindre 4,3 % en 1990, elle semble se stabiliser actuellement. L'enquête effectuée en juin 1991 a recensé 2 283 détenus séropositifs sur 52 220 présents dans les prisons françaises.

Parmi ceux-ci, la grande majorité était asymptomatique (69 %), un quart présentait des formes mineures (23 %) et une minorité avait atteint le stade de SIDA (8 %). Depuis 1988 cependant, la proportion de SIDA parmi les séropositifs ne cesse de croître (elle était de 3,2 % en 1988).

L'étude réalisée au même moment auprès des usagers de l'hôpital montre une proportion inverse (18 % de patients asymptomatiques, 28 % de formes mineures et 54 % de SIDA).

La situation dans les prisons se caractérise donc par une prévalence élevée de l'infection par le VIH, avec une très grande majorité de formes asymptomatiques ou paucisymptomatiques. Le recours à l'hospitalisation est d'autant plus fréquent que les symptômes s'aggravent.

Dès la fin de l'année 1988 des préservatifs étaient mis à disposition des services médicaux pénitentiaires. A partir de mai 1989, des brochures d'information et des préservatifs étaient systématiquement distribués à tout sortant de prison. Dans le même temps, la possibilité était donnée à toute personne incarcérée de bénéficier d'un test de dépistage. Enfin, depuis 1987, les actions de formation des personnels se sont progressivement développées, en liaison étroite avec des partenaires extérieurs compétents, pour aboutir à la mise en place, dans certaines régions, de plans de formation.

Le contenu des modules de formation porte sur la nature biologique de la maladie, sur les diverses façons de se prémunir contre sa transmission tout comme sur les représentations qu'elle génère.

Par ailleurs, les détenus peuvent bénéficier de l'ensemble des thérapeutiques actuelles qui sont financées par l'administration pénitentiaire.

#### **I-2.4.2 La prise en charge de la pathologie liée au VIH : les consultations avancées**

En avril 1989, a été proposée, à titre expérimental, la signature de conventions entre 8 établissements pénitentiaires particulièrement concernés par le problème et 7 centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine. Ces conventions prévoyaient la réalisation en milieu carcéral de consultations médicales spécialisées, à raison d'une ou deux par semaine.

Compte tenu d'un premier bilan très favorable, l'opération a été étendue en 1990 à 5 autres établissements, puis, en 1991, à 5 établissements supplémentaires, portant leur total à 18. Ces 18 établissements sont ceux pour lesquels l'infection par le VIH se pose, à l'heure actuelle, avec la plus grande acuité.

Durant l'année 1991, 27 vacations hebdomadaires ont fonctionné dans 17 prisons, assurant un total de 4 800 consultations spécialisées dans l'année (85 % pour des personnes n'ayant pas atteint le stade de SIDA, 15 % pour des personnes ayant atteint ce stade). Dans ces mêmes établissements 650 hospitalisations liées à la pathologie VIH ont été effectuées au cours de l'année.

On recense en 1992, 18 conventions avec les CISIH (Fresnes, Fleury-Mérogis, Bois-d'Arcy, Bordeaux, Toulouse, Nice, Marseille, Paris-la-Santé, Lyon, Rouen, Villefranche-sur-Saône, Aix-Luynes, Nanterre, Villeneuve-les-Maguelonne, Val-de-Reuil, Perpignan, Draguignan, Toulon) et trois sont en cours (Uzerche, Neuvic, Joux-la-Ville).



### **I-2.4.3 L'impact positif et les problèmes résiduels**

L'évaluation de ce mode de prise en charge, réalisée dans un cadre concerté entre l'hôpital et la prison, a mis en évidence l'intérêt de cette collaboration :

- pour l'hôpital, qui voit diminuer les problèmes inhérents à la prise en charge de détenus en milieu hospitalier (adaptation des locaux, garde des prisonniers, mobilisation du personnel, etc),
- pour l'établissement pénitentiaire, qui voit diminuer le nombre d'extractions et les coûts humains et financiers qui en résultent,
- pour les services médicaux pénitentiaires avec lesquels a commencé à s'instaurer une collaboration dans la prise en charge,
- et surtout pour les personnes atteintes par l'infection VIH, qui savent qu'elles peuvent être vues, quand elles en ont besoin, par un spécialiste. Ces personnes poursuivent d'ailleurs souvent après leur sortie une relation de soin avec l'équipe hospitalière avec laquelle elles ont été en contact en prison.

Enfin, cet apport extérieur a un impact non négligeable sur l'encadrement en permettant une dédramatisation des problèmes.

Certaines difficultés persistent cependant dans plusieurs domaines. Même si l'on s'efforce de respecter le secret médical, l'exercice de la confidentialité est difficile dans le milieu clos de la prison, où chaque

activité des détenus est connue. Les conditions matérielles et fonctionnelles de la médecine en milieu pénitentiaire ne sont pas idéales : exigüité ou inadaptation des locaux, médecins non informés du transfert des patients qu'ils suivent, etc. La prise en charge en milieu carcéral d'une population atteinte par le VIH, dont la lourdeur de la pathologie s'accroît, augmente les tâches d'un personnel soignant dont l'effectif stagne. Enfin, nombre d'établissements connaissent des difficultés pour faire face à la lourde charge financière qu'implique le traitement de la pathologie à VIH, particulièrement aux stades avancés de la maladie.

### **I-2.5 La fonction santé dans les établissements du "programme 13 000"**

En application de la loi du 22 juin 1987 sur le service public pénitentiaire, le ministère de la Justice a confié à quatre groupements d'entreprises la conception, la construction et la gestion partielle du fonctionnement de 21 établissements pénitentiaires. Cet ensemble est intitulé "Programme 13 000".

Parmi les fonctions confiées au secteur privé figure le service médical.

Le cahier des charges des marchés de fonctionnement attribue à l'opérateur privé l'ensemble des actions de prévention, de diagnostic et de soins nécessaires à la préservation de la santé des détenus, à l'exception des hospitalisations, dans le cadre de la réglementation en vigueur. Il définit la composition de l'équipe médicale et paramédicale pour chaque type d'établissement.

Il en découle que les effectifs de ces personnels constituent un progrès sensible sur la situation actuelle des établissements du parc pénitentiaire classique.

Le marché précise également l'équipement médical à mettre en place, en particulier une salle de radiologie os-poumons et un cabinet dentaire moderne.

Le programme est divisé en quatre zones géographiques qui ont été attribuées aux groupements d'entreprises suivants :

- Zone Ouest : Société SOGEP (Fougerolle-SODEXO)
- Zone Nord : Sociétés Lyonnaise des eaux-Dumez

- Zone Sud : Société GTM-Entrepose
- Zone Est : Société Dumez.

Ce programme est rémunéré par l'administration pénitentiaire qui paye un prix de journée par détenu pris en charge.

Si après deux ans de fonctionnement des premiers établissements ouverts le service médical est assuré globalement de manière satisfaisante, un certain nombre de difficultés, liées à la spécificité de cette expérience sont apparues :

- la continuité des soins n'est pas toujours assurée dans l'établissement pénitentiaire, tous les postes médicaux ou para-médicaux de l'organigramme n'étant pas pourvus de manière continue ;
- les hospitalisations extérieures restent trop nombreuses malgré la qualité des soins assurés à l'intérieur, cette dérive étant sans doute renforcée par le fait que l'administration pénitentiaire reste redevable des hospitalisations en sus du règlement du prix de journée ;
- le relais de la prise en charge sanitaire des sortants n'est pas nécessairement assuré, aucun lien institutionnel n'existant entre les soignants en prison et le réseau de soins extérieur ;
- le prix de journée santé par détenu s'avère assez coûteux (cf tableau joint en annexe IV) ;
- enfin, si la technicité des prestations médicales fournies par les groupements

privés ne peut être remise en cause, en revanche, la dimension de la réinsertion ne paraît pas avoir été intégrée.

Ainsi les personnels sanitaires des groupements privés collaborent peu avec les services sociaux éducatifs des établissements. Certains n'ont pas formalisé, à ce jour, de projets particuliers en matière de lutte contre la toxicomanie, le SIDA, l'alcoolisme, la maladie mentale alors que la population accueillie dans les établissements pénitentiaires appelle en priorité des actions renforcées en ce sens.

## **II - VERS UNE PRISE EN CHARGE SANITAIRE GLOBALE**

La prise en charge de la santé des détenus, actuellement assurée par l'administration pénitentiaire reste donc l'objet de nombreuses critiques malgré les progrès enregistrés depuis dix ans. Pour améliorer cette prise en charge il faut agir à trois niveaux :

- réaffirmer l'importance d'une médecine préventive qui permettra notamment de dresser un bilan de l'état sanitaire de cette population et d'apporter des réponses adaptées. Il s'agira également d'éveiller l'intérêt de chaque détenu pour sa santé physique et psychique en valorisant l'image du corps en bonne santé par l'information sur les facteurs de risque ;
- permettre un accès aux soins pendant la période d'incarcération, qui évitera une rupture des soins antérieurement débutés (si tel est le cas) et permettra une continuité des soins entrepris en milieu carcéral à la sortie ;
- compléter le dispositif de prise en charge de la santé mentale.

### **II-1 La médecine préventive**

Elle doit, grâce à un examen médical et certaines actions de dépistage, permettre une appréciation globale de l'état de santé de l'arrivant. Elle doit initier et sensibiliser l'arrivant à une prise en charge sanitaire.

### **II-1.1 La visite médicale systématique des arrivants (Art. D. 285 et D. 395 du Code de procédure pénale - Annexe II)**

Elle doit être effectuée dans les 24 heures qui suivent l'écrou. Actuellement elle est assurée dans certains établissements par l'infirmière qui oriente secondairement vers le médecin, ou par le médecin généraliste en sachant que, dans la plupart des gros établissements, cette visite a une durée moyenne de 7 minutes. Pendant ce laps de temps, il est impératif d'aller à l'essentiel (dépister les pathologies évolutives) mais impossible d'avoir une approche de fond de médecine préventive. Cette visite systématique, pour être améliorée,

doit être faite exclusivement par un médecin, habitué aux pathologies rencontrées en milieu pénitentiaire. C'est pourquoi elle doit être assurée par le médecin généraliste de chaque établissement. Ses objectifs doivent être multiples :

- faire un bilan de santé préalablement défini,
- recenser les antécédents,
- dépister les pathologies couramment observées,
- isoler les différents facteurs de risque.

Pour atteindre ces objectifs il est indispensable d'augmenter le temps de la consultation et de posséder un outil de recueil des informations standardisé permettant l'établissement de données épidémiologiques type fiche de santé (annexe V).

### **II-1.2 Le dépistage de la syphilis et autres MST**

Conformément aux articles D. 393 du Code de procédure pénale et L. 273 du Code de la santé publique, l'examen et le traitement prévus par les dispositions en vigueur relatives à la prophylaxie des maladies vénériennes sont obligatoires pour les détenus. Cette obligation est justifiée par la grande contagiosité des maladies vénériennes et par la parfaite efficacité du traitement. Le dépistage de la syphilis (sérologie VDRL, TPHA = 53,80 F) relève des conseils généraux (charges confiées depuis les lois de décentralisation de 1983 aux collectivités territoriales) suppléés par l'administration pénitentiaire lorsqu'ils sont défaillants.

**Il est nécessaire de rappeler aux collectivités territoriales l'ensemble de leurs**

**obligations en ce domaine.** Le dépistage des MST comporte en dehors de la sérologie syphilitique, un examen clinique visant à dépister et traiter les autres maladies vénériennes (gonocoques, chlamydiae).

### II-1.3 Le dépistage du VIH

L'administration pénitentiaire a été amenée à mettre en place puis à renforcer un dispositif global de dépistage de l'infection par le VIH.

L'information sur les possibilités du dépistage est apportée le plus souvent à l'occasion des consultations médicales ou par des associations extérieures qui interviennent en prison dans le cadre de séances d'information collectives. Elle est également véhiculée par la distribution de brochures spécialisées et par la diffusion de documents vidéo.

Plus d'un tiers de la population pénale a pu annuellement bénéficier d'un dépistage volontaire. Celui-ci est effectué à 65 % par des laboratoires privés, et à 35 % par les centres anti-vénériens, les hôpitaux et les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Lorsqu'elle n'est pas pratiquée par les CDAG, l'information préalable, tout comme l'annonce des résultats, sont effectuées par les personnels médicaux ou paramédicaux de l'administration pénitentiaire.

Or, dans la plupart des cas, ces personnels n'ont pu se former que de manière empirique à l'entretien et l'accompagnement psychologique alors qu'ils ont affaire à une population particulièrement difficile et le plus souvent destabilisée au plan psychologique, ne serait-ce que par le choc de l'incarcération.

Par ailleurs, la règle de la confidentialité est difficile à faire respecter en milieu carcéral.

Or, l'on sait que c'est dans la qualité de la relation entre le patient et le médecin qui annonce les résultats que se joue l'efficacité d'une bonne prévention comme d'une bonne prise en charge.

Ainsi, quand l'annonce d'une séropositivité ne s'accomplit pas dans un contexte de confiance et de préparation psychologique suffisantes, le patient n'entend plus son

médecin et n'est plus réceptif aux informations sur son état.

Dès lors, le recours aux CDAG, encore très insuffisant, doit être généralisé car il s'agit d'un dispositif :

- . accessible : il existe actuellement 126 CDAG soit un voire deux par département et ce dispositif va être multiplié par deux,
- . efficace : car spécialisé dans le dépistage du VIH, les médecins de ces centres étant parfaitement formés pour remplir cette tâche,
- . incitatif et assurant un suivi de la prévention, sans rupture entre la prison et l'extérieur, en raison notamment de la gratuité des prestations proposées.

Deux circulaires conjointes Santé/Justice du 17 mai 1989 et du 4 mai 1990 ont préconisé l'extension de ce dispositif aux établissements pénitentiaires en respectant :

- . la gratuité des actes,
- . le volontariat,
- . la confidentialité (le service médical de l'établissement et l'ensemble des personnels étant tenus de respecter la démarche de l'intéressé).

Mais quelques CDAG, interprétant de façon stricte la loi, se montrent réticents à intervenir en milieu carcéral sous prétexte que l'anonymat n'y est pas suffisamment respecté.

Une troisième circulaire proposée par la Direction des hôpitaux/Direction générale de la santé/Direction de la sécurité sociale préconise le recours systématique aux CDAG pour tous les établissements pénitentiaires dans le cadre d'une convention type, en réaffirmant le principe du volontariat de ce dépistage.

**Dès lors le couplage systématique de tous les établissements pénitentiaires avec un centre de dépistage anonyme et gratuit devra être réalisé dans les meilleurs délais.**

Il convient par ailleurs de rappeler que ce dépistage devra rester systématiquement proposé mais volontaire. Dans le cadre de son rapport sur le dépistage de l'infection VIH remis en mars 1992, le Haut Comité de la santé publique a rappelé que "pour la population carcérale comme pour la population extérieure, c'est la démarche volontaire qui pour le dépistage du VIH est la plus apte à favoriser une meilleure appréciation par un individu de ses problèmes et des moyens qu'il peut utiliser pour tenter de les résoudre"<sup>(1)</sup>.

Même s'il s'agit d'une population à risque à forte prévalence du VIH, constituant un problème important de santé publique auquel il convient d'apporter des réponses

adaptées, le Haut Comité indique que "la qualité de la formation et de l'information des personnels pénitentiaires, la réduction de la promiscuité par une adéquation entre la population

-----  
(1) Haut Comité de la santé publique. Avis et rapport sur le dépistage de l'infection par le VIH, mars 1992, 45 p.

carcérale et les locaux disponibles, le développement des moyens sanitaires, sont des moyens plus appropriés que le recours symbolique au dépistage obligatoire".

**II-1.4 Une proposition de dépistage de la contamination par le virus de l'hépatite B et éventuellement C** doit être faite aux populations à risques (jeunes toxicomanes, prostituées), afin d'envisager à terme une vaccination des sujets sains.

### **II-1.5 Le dépistage de la tuberculose**

L'article L. 273 du Code de la santé publique prévoit un dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire à l'entrée en prison.

L'article D. 394 du Code de procédure pénale précise que ce dépistage doit être assuré par les services départementaux d'hygiène sociale. Les lois de décentralisation de 1983 ont confié cette mission aux collectivités territoriales.

Or les conseils généraux exercent en l'état leur responsabilité de manière variable alors que la décroissance du nombre de cas recensés au niveau national s'est arrêtée depuis 1989 et qu'apparaissent des mycobactéries multirésistantes aux antituberculeux.

#### **II-1.5.1 Dépistage actuel**

Il est très hétérogène dans ses conditions d'application et de financement (annexe VI) :

- la radiophotographie : dans la moitié des établissements le dépistage radiologique n'est pas fait. Lorsqu'il est fait, il est rarement quotidien, parfois mensuel, le plus souvent trimestriel ou annuel ;

- le test cutané est pratiqué exceptionnellement. Lorsqu'il est effectué, c'est en première intention avant radiophotographie. Ces pratiques sont actuellement dépassées, ne serait-ce qu'en raison de l'atteinte de l'immunité cellulaire au cours de l'infection par le VIH.

Malgré cela, on dépistait déjà en 1988 au moins trois fois plus de tuberculoses pulmonaires en milieu carcéral que dans la population générale<sup>(1)</sup>.

### **II-1.5.2 Caractéristiques de la population pénale**

Les détenus appartiennent à une population exposée à la tuberculose :

- par leur origine socio-économico-géographique,
- par l'immunodéficience dont certains sont atteints.

Or les détenus ont de multiples contacts dès leur arrestation : policiers ou gendarmes, codétenus des dépôts, juges, avocats, surveillants, éducateurs, personnel médical, visiteurs, professeurs... qui sont de fait susceptibles d'être contaminés.

Ensuite au cours de l'incarcération, le surpeuplement fait que les détenus dans les maisons d'arrêt ne sont pas seuls en cellule ; en un an un détenu peut avoir partagé sa cellule avec 50 personnes. De plus, il peut arriver qu'il change dans l'année plusieurs fois de prison.

### **II-1.5.3 Les raisons de la mauvaise organisation du dépistage sont nombreuses :**

- caractère ponctuel du dépistage : il entre 10 à 50 détenus par jour dans les grandes maisons d'arrêt, mais seulement quelques uns par mois dans les petits établissements ;
- nombre réduit de camions photographiques disponibles ;
- insuffisance de personnel qualifié et d'appareils dans les établissements ;
- problèmes de sécurité qui entraînent une réduction des possibilités de sortie des détenus vers les dispensaires ;
- réticences voire refus des conseils généraux de prendre en charge les détenus qui ne sont pas de leur ressort ;

-----



(1) Enquête SESI effectuée en 1988 sur les actions de dépistage de la tuberculose et des MST, et rapports annuels des médecins-inspecteurs de santé publique.

- coordination des moyens à l'échelon régional difficile, dans la mesure où le découpage régional ne correspond pas aux régions pénitentiaires ;
- jusqu'à présent, sensibilité réduite du corps médical à cette pathologie que l'on croyait en régression et guérissable.

## **II-1.5.4 Propositions**

**Le dépistage radiologique de la tuberculose pulmonaire en milieu carcéral doit donc être maintenu.**

Compte tenu de la facilité de la diffusion de la contagion, de l'apparition de mycobactéries résistantes, il doit être développé, voire mis en oeuvre dans les sites où il n'est pas pratiqué.

Il faut alors :

- rappeler l'utilité d'une action dans ce domaine aux conseils généraux ;
- encourager une concertation entre médecins, directeurs des établissements pénitentiaires, responsables des services départementaux chargés des actions sanitaires et DDASS pour examiner les moyens d'organiser le dépistage systématique et de le faire fonctionner au mieux ;
- avoir en vue que dans les grands établissements (10 à 50 entrants par jour) le dépistage doit être quotidien et la lecture de la radiographie effectuée dans les trois jours afin que le traitement et les mesures d'isolement soient mis en oeuvre sans délai ;
- savoir que la radiophotographie thoracique permet aussi de faire des diagnostics cardio-pleuro-pulmonaires.

**Dès lors, compte tenu du problème de santé publique grave que pose la tuberculose, il est impératif de rappeler les conseils généraux au respect de leurs obligations. Il convient toutefois de leur laisser la possibilité de confier l'exécution de ces prestations à un autre opérateur sous réserve qu'ils en assurent rigoureusement le financement.**

## **II-1.6 Les problèmes posés par l'alcoolisme et le tabagisme**

A l'occasion de la visite systématique des entrants, il conviendra de se montrer particulièrement attentif aux problèmes d'alcoolisme et de tabagisme très répandus au sein de la population pénale.

Les actions devront être mises en oeuvre et développées dans trois directions.

### **II-1.6.1 L'éducation sanitaire en matière d'alcoolisme**

Il y a lieu d'impliquer davantage les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA), les Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA) et les Comités départementaux d'éducation pour la santé (CDES) en milieu pénitentiaire, en sollicitant leur soutien logistique et méthodologique pour les interventions de terrain et leur participation directe pour impulser des actions d'éducation pour la santé.

Par ailleurs, il est souhaitable de favoriser l'intervention d'associations d'anciens malades alcooliques en prison et de les aider à diversifier leur prestations : supports papiers ou vidéo, séances d'information collectives, groupes de paroles, soutien psychologique individuel, etc...

#### **La prise en charge thérapeutique**

La consommation abusive d'alcool constituant une forme de conduite addictive très spécifique, il s'avère indispensable de multiplier, dans le cadre des SMPR, le recrutement de médecins alcoologues, infirmiers et travailleurs sociaux spécifiquement formés à cette prise en charge.

### **II-1.6.2 La prévention et l'éducation en matière de tabagisme**

La mise en oeuvre de la loi Evin anti-tabac et la diffusion d'une circulaire "administration pénitentiaire" réglementant l'usage du tabac en détention devront également être l'occasion d'un certain nombre d'actions d'information et de sensibilisation des détenus.

A cet effet, le décret d'application du 29 mai 1992 doit donner lieu à la création de zones non fumeurs à l'intérieur des établissements pénitentiaires.

### **II-1.6.3 La formation des personnels**

Un certain nombre de stages et sessions de formation sont déjà organisés à l'attention du personnel (surveillants, travailleurs sociaux, personnels techniques, etc...) aux fins notamment de leur permettre une meilleure approche des détenus victimes de conduites addictives.

Ces formations sont cependant très centrées sur la toxicomanie. Il conviendrait de les diversifier et de les ouvrir davantage aux problèmes de l'alcoolisme et du tabagisme.

A cet effet, le concours du CFES devrait être demandé pour concevoir un plan de collaboration au niveau national tout comme celui des CDES pour mettre en oeuvre ce programme sur les terrains.

### **II-2 L'élaboration d'un dispositif d'accès aux soins somatiques**

La prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire doit bénéficier d'un certain nombre de mises à niveau et donner lieu à l'élaboration d'un dispositif qui concilie cohérence et qualité des soins, respect de l'éthique, et prise en compte des mesures sécuritaires.

Pour ce faire, des prestations de soins aussi complètes que possible doivent être offertes à l'intérieur des établissements pénitentiaires : meilleur accès à la médecine générale, consultations spécialisées... Ceci évitera des hospitalisations inutiles ou le recours systématique aux consultations extérieures, coûteuses en escortes et gardes statiques, et dangereuses pour la sécurité.

Il est en outre absolument indispensable que ces prestations sanitaires soient facilement et naturellement relayées à l'extérieur pour qu'une continuité de prise en charge puisse être offerte aux sortants de prison.

Un premier bilan des conventions de prestations de services signées respectivement les 13 février 1992, 18 juin 1992 et 29 septembre 1992 entre les

établissements pénitentiaires de Laon, Châteauroux et Saint-Quentin-Fallavier et des centres hospitaliers de proximité, permet de dégager des perspectives tout à fait intéressantes pour l'avenir de la médecine en milieu pénitentiaire.

Aux termes de ces conventions, l'établissement public hospitalier est chargé de mettre en oeuvre les actions de prévention, de diagnostic et de soins, nécessaires à la préservation de la santé des détenus au sein même de l'établissement pénitentiaire concerné (annexe VII). C'est en quelque sorte l'hôpital qui installe un service dans la prison.

A **Laon**, notamment, où la convention fonctionne déjà depuis presque un an, le bilan paraît positif.

Un certain nombre de points forts peuvent en être dégagés.

#### **Sur le plan de la qualité de la prise en charge sanitaire :**

- meilleure gestion de l'urgence ;
- accès aux soins dans les délais raisonnables de tous les détenus à toutes les prestations ;
- élargissement de la prise en charge sanitaire au plan de l'écoute, et de l'éducation pour la santé ;
- l'appartenance du personnel à une structure hospitalière fait que les soins s'effectuent davantage dans le respect de l'éthique et du secret médical ;
- assurance d'une continuité des soins, car le personnel du service médical faisant partie d'un ensemble plus vaste, il est plus facile de pourvoir au remplacement des absents ;
- meilleure régulation et préparation des consultations et hospitalisations sur l'établissement hospitalier ;
- le lien institutionnel créé avec l'hôpital favorise la continuité des soins entre l'intérieur et l'extérieur au moment de la sortie.

#### **Sur le plan du fonctionnement des établissements pénitentiaires :**

- meilleure sécurité dans l'établissement, la qualité des soins concourant à diminuer les tensions entre les détenus et le personnel ;
- la qualité des soins à l'intérieur et leur diversité évitent un certain nombre d'extractions pour consultations extérieures et hospitalisations.

## Sur le plan des relations entre les personnels sanitaires et les personnels pénitentiaires au sein de la prison :

- compte tenu de la clarification des missions et des tâches résultant du dispositif en place, les catégories de personnel en présence cernent mieux les exigences et les limites de leur rôle. La population pénale, quant à elle, voit ainsi disparaître les motifs de suspicion qu'elle nourrissait à l'égard du système de soins traditionnel ;
- enfin la concertation régulière entre le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'hôpital favorise la mise en place d'un projet de service médical définissant des objectifs susceptibles de s'intégrer dans le projet global de l'établissement pénitentiaire.

Si l'on compare cette expérimentation avec l'exploitation de la fonction santé dans le Programme 13 000 par des partenaires privés, on est amené à faire un certain nombre de comparaisons à l'avantage du prestataire public :

- la continuité des soins et la permanence de la mission de service public sont assurées dans le cadre de la convention avec l'hôpital, ce qui n'est pas toujours le cas avec les partenaires privés ; des postes médicaux (dentistes, gynécologues, psychiatres) et para-médicaux ont parfois été découverts dans les établissements du Programme 13 000 ;
- la sous-traitance au privé ne joue pas en faveur d'une recherche de continuité de prise en charge entre l'intérieur et l'extérieur, les intervenants privés à l'intérieur n'assurant pas (tout au moins dans le Programme 13 000) de prestations à l'extérieur ;
- les hospitalisations extérieures demeurent très nombreuses dans le cadre de la gestion privée alors qu'elles chutent de manière importante dans le cadre des établissements conventionnés avec le public ;
- enfin, le prix de journée de sous-traitance de la fonction santé au privé reste plus élevé que celui du public puisqu'à cahier des charges équivalent, on aboutit à un prix de santé journée/détenu qui varie de 10,95 F à 13,69 F pour le public, et de 19,24 F à 28,89 F pour le privé.

Le recours au partenaire public paraît donc plus souhaitable que le recours à des partenaires privés.

Il conviendrait donc de "coupler" chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé à qui seraient confiées la responsabilité et la maîtrise d'oeuvre de l'ensemble des soins aux détenus tant à l'intérieur de la prison (soins de type "dispensaire et consultations avancées" sans lit d'infirmerie), que dans la structure hospitalière, s'agissant des consultations très techniques et des

## **hospitalisations (annexe VIII).**

A cet effet, sera dressée une carte hospitalo-pénitentiaire s'intégrant dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), tels que définis dans la loi hospitalière du 31 juillet 1991.

Lorsque le recours à un plateau technique très spécialisé sera nécessaire (neurochirurgie, grands brûlés, etc), une orientation appropriée sera recherchée (appréciation au cas par cas) par l'hôpital prestataire des soins.

Dans les grandes métropoles concentrant un nombre important de places de détention, l'hôpital responsable des soins devra se doter d'une unité sécurisée pour accueillir les détenus hospitalisés. Il s'agit de chambres regroupées, si possible au sein d'un service actif, et entourées d'une sécurité périmétrique assurée par des murs extérieurs pleins et aveugles, avec accès unique contrôlé par un poste protégé.

Pour les régions de Paris et Marseille, le dispositif devra tenir compte des deux structures existantes que sont l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes et la prison hôpital des Baumettes actuellement en cours de restructuration.

En effet, l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes est en train, avec l'aide du Centre national de l'équipement hospitalier, d'élaborer son projet d'établissement pour accéder à la compétence d'un centre hospitalier général. Parmi les grandes orientations de ce projet, figurent la substitution d'une compétence régionale à la vocation nationale de jadis, la recherche d'une autonomie de fonctionnement effective, la réorganisation des services de court, moyen et long séjours, la création d'un service d'accueil des urgences, etc...

La prison hôpital des Baumettes qui est une structure médicale avec 60 lits, rattachée au centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille, mais à vocation régionale, est, elle aussi, en cours de réaménagement pour accéder à une capacité de 75 lits médicalisés susceptibles d'accueillir des malades détenus pour toutes sortes de consultations, les bilans préopératoires, le suivi postopératoire et la petite chirurgie.

Ces deux structures présenteront, une fois réorganisées, l'avantage d'offrir des possibilités d'hospitalisation dans un contexte très sécuritaire. A ce titre, elles auront notamment vocation à accueillir, pour l'ensemble du territoire, les malades détenus

particulièrement signalés, lesquels appellent des mesures de sécurité renforcées difficiles à mettre en oeuvre dans les hôpitaux extérieurs.

S'il paraît envisageable de conserver et de rationaliser ces deux structures pour mieux les utiliser, il n'est en revanche pas opportun de généraliser ce type de dispositif en créant pour tout le territoire des structures hospitalières réservées aux détenus.

En effet, l'expérience a montré que ces services coûtent cher car ils requièrent du personnel médical et paramédical multidisciplinaire et du personnel pénitentiaire en nombre. De surcroît, les équipements médicaux nécessaires, qui ne sont pas toujours amortissables car rarement utilisés à pleine capacité, ne sont pas remplacés en temps et en heure et deviennent rapidement obsolètes.

Les contraintes pénitentiaires (transferts, escortes, mises sous écrou, etc...) obèrent rapidement le fonctionnement de ces services et induisent des perversions du système : transformation de lits de court séjour en lits de moyen séjour, etc...

**En conséquence, l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes et la prison hôpital des Baumettes peuvent être conservés avec l'espoir de mieux les utiliser mais il est totalement inopportun de les modéliser et de créer d'autres structures du même type.**

### **II-3 Un dispositif de prise en charge de la santé mentale à compléter**

Il n'existe pas actuellement, à l'échelon national, d'études épidémiologiques fiables permettant d'apprécier la fréquence des troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires. Cependant, il est communément admis que 20% des détenus relèvent de soins psychiatriques. La moitié de ceux-ci, détenus en maison d'arrêt, a une vulnérabilité psychologique préexistante et 80% d'entre eux présentent une décompensation à l'occasion de l'incarcération.

Plusieurs études régionales fournissent des chiffres plus préoccupants : à Varcès - Grenoble, en 1991, on retrouve 45% de détenus entrants porteurs de troubles psychopathologiques ; à Angoulême, une recherche-action menée en 1991 notait que 60% de détenus étaient porteurs de troubles psychopathologiques divers ou avaient des

antécédents psychiatriques personnels ou familiaux.

En terme de structure, les détenus entrant en maison d'arrêt se recrutent essentiellement parmi les structures antisociales (301,70), Limites Borderlines (301,81) et passives-agressives (301,84), selon les critères du DSM III R.

Les troubles psychotiques et les états limites représentent la majorité des troubles pathologiques graves pris en charge par les équipes de santé dans les établissements pénitentiaires.

Les schizophrénies représentent une part importante des psychoses retrouvées à l'entrée. Parfois l'accès psychotique aigu présenté lors de l'incarcération est inaugural de la maladie jusqu'ici latente. Des formes historiques de schizophrénies sont retrouvées dans les établissements pénitentiaires : hébéphrénies, hébéphrénocatatonies et formes déficitaires de schizophrénies paranoïdes.

Les psychoses carcérales restent fréquentes : psychoses hallucinatoires avec automatisme mental, psychoses paranoïdes ou décompensations paranoïaques s'alimentant de difficultés relationnelles intra-carcérales.

### **II-3.1 Principes généraux**

Comme il l'a été dit précédemment, le droit à la santé doit s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires. De façon générale, les soins curatifs dispensés aux détenus doivent être d'une qualité égale à ceux dispensés en milieu libre. Pour ce qui est des soins proposés en psychiatrie en particulier, la population des détenus doit également disposer de prestations identiques à celles délivrées par le service public de secteur.

Une forte incitation à l'implication réelle de l'ensemble des secteurs de psychiatrie permettrait de développer une politique de santé dans le sens souhaité : l'égalité dans le soin.

Dans une logique de santé publique, une action n'aboutit que si elle met en jeu un travail pluridisciplinaire basé sur un projet commun et à la recherche d'un même but. Dès lors, si la prévention de la récidive, la réinsertion du détenu sont les buts recherchés, le travail en commun des différents secteurs de psychiatrie en est un moyen. **Il apparaît donc qu'une meilleure articulation entre les secteurs pénitentiaires et les secteurs de psychiatrie générale est indispensable pour assurer la continuité des soins**



pendant et après l'incarcération du détenu.

## **II-3.2 Principes spécifiques**

Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ont un rôle important à jouer du fait de leur spécificité tant clinique que thérapeutique et doivent être amenés à :

- 1) proposer un travail thérapeutique sur le passage à l'acte même si parfois la relation thérapeutique est beaucoup moins facile à mettre en place au sein d'un service de psychiatrie en milieu pénitentiaire que dans un autre secteur de psychiatrie ;
- 2) proposer, entre autres, des soins adaptés aux différents types de populations incarcérées.

### **II-3.2.1 Les femmes**

Elles représentent 4 % de la population pénale. Un travail médico-psychologique s'impose auprès d'elles, peu réalisé jusqu'à maintenant. L'amélioration de leur prise en charge passe par le développement d'actions de consultation du personnel du SMPR et la mise à disposition de quelques cellules pour l'hébergement dans les quartiers femmes, voire l'accueil mixte au niveau des ateliers.

### **II-3.2.2 Les alcooliques**

L'alcoolisme reste dans notre pays un problème majeur de santé publique. L'influence de l'alcool sur les crimes et délits contre les personnes n'est plus à démontrer. A Fresnes, 28% des détenus consommaient avant leur incarcération plus de 50 g d'alcool par jour. A Lille, 15% des entrants à la maison d'arrêt déclarent que leur consommation d'alcool était excessive.

### **II-3.2.3 Les toxicomanes**

Ceux-ci représentent 15 % de l'ensemble des entrants en milieu pénitentiaire (91,3% d'entre eux sont des hommes, et 75% de nationalité française). L'offre de soins aux toxicomanes souffre encore d'insuffisances tant au niveau des moyens humains que logistiques.

#### II-3.2.4 Les mineurs et jeunes adultes

- Les mineurs : leur incarcération reste exceptionnelle et liée à des faits graves face auxquels les équipes, à l'extérieur, ont été dépassées. Une attention particulière doit leur être portée.

- Les jeunes adultes : leur nombre, très élevé dans les maisons d'arrêt, est préoccupant. A la faveur de l'incarcération, l'occasion doit être saisie d'une prise en charge soutenue dans l'objectif de réduire la récidive.

#### II-3.2.5 Les délinquants sexuels

Une réflexion est en cours quant aux types de prise en charge qui peuvent leur être proposés :

1) répondre aux besoins de santé mentale tout autant pour les pathologies aiguës que chroniques. En effet, une psychose chronique même stabilisée pose des problèmes d'intégration dans le milieu pénitentiaire ;

2) développer des espaces de rencontre avec la famille des détenus, dans ou hors de la détention (dans les structures destinées au suivi post-pénal éventuellement), pour travailler à maintenir ou restaurer les relations entre les détenus et leurs proches dans la perspective de la sortie ;

3) développer les prestations de suivi post-pénal (création de nouveaux centres médico-psychologiques) pour permettre la poursuite du projet de soins de façon temporaire faisant le relais avec les autres structures de soins ;

4) développer les relations avec les services socio-éducatifs des établissements pénitentiaires et préparer avec eux la sortie du détenu.

L'écart observé entre les besoins de la population pénale et les moyens actuellement mis en oeuvre doit être comblé. Pour ce faire, il conviendrait tout d'abord de développer le nombre des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ; ensuite de réaffirmer l'implication de tous les secteurs de psychiatrie dans les établissements pénitentiaires ; et enfin de développer les moyens d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus.

### **II-3.3 Développer le nombre de secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire et leur donner les moyens de remplir leurs missions**

Il faut rappeler aux établissements publics de santé auxquels ils sont rattachés

(spécialisés ou CHR) l'importance de la mission de service public qui leur est confiée.

### **III-3.3.1 Procéder à la sectorisation en milieu pénitentiaire**

Il conviendrait d'intégrer la psychiatrie pénitentiaire, en ce qui concerne les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, dans le dispositif général de planification défini par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, et pour ce faire, de mettre en place une carte sanitaire de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Cette carte sanitaire spécifique devra définir les limites géographiques du secteur de psychiatrie pénitentiaire en tenant compte des régions pénitentiaires et faire partie intégrante du schéma régional d'organisation sanitaire en psychiatrie :

- si on reprend les propositions du rapport sur la promotion de la santé mentale et l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire présentées au Comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral dans sa séance du 7 juillet 1992, soit la création d'un service médico-psychologique régional pour 1 500 détenus, on peut considérer que dans presque la moitié des cas, la région sanitaire correspond à l'aire géographique la plus pertinente permettant de définir les limites du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ;

- dans quelques zones à faible densité de population incarcérée, l'aire géographique du secteur pourrait regrouper deux régions sanitaires.

Dans ce cas, il conviendrait de prendre des mesures d'accompagnement, en terme de moyens pour les secteurs de psychiatrie générale sur le territoire duquel se trouve implanté un établissement pénitentiaire, afin de limiter notamment de trop longs déplacements pour l'équipe du service médico-psychologique régional et éviter les effets néfastes d'une dispersion des actions.

Enfin, dans certaines régions sanitaires à forte densité de population incarcérée, certains secteurs pourraient correspondre à une partie de la région sanitaire, voire même aux limites d'un département (cas de l'île de France par exemple).

En tenant compte des orientations des textes récents concernant la planification et l'organisation sanitaire, des instructions devraient être données très rapidement aux DRASS dans ce sens. Le SROS en psychiatrie doit obligatoirement prendre en compte les secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire.

### **II-3.3.2 Créer de nouveaux secteurs**

Il découle du paragraphe précédent la nécessité de créations nouvelles :

- A échéance de 6 ou 7 ans : porter le nombre de secteurs médico-psychologiques régionaux à 34, soit un secteur pour 1 500 détenus (création de 2 secteurs par an pendant 7 ans) avec une équipe dont la constitution de départ peut être un temps plein de praticien hospitalier et 4 ou 5 temps pleins dans l'équipe soignante.

Pour assurer la continuité des soins, l'objectif sera à terme de deux temps pleins de praticien hospitalier.

- La priorité devra s'attacher pour l'année 1994 à créer 2 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire dont le service sera implanté en maisons centrales afin de permettre et faciliter la suppression de la vocation sanitaire de Château-Thierry, dont le fonctionnement sanitaire ne correspond pas aux normes préconisées dans ce rapport.

Les sites seront déterminés en fonction d'une réflexion nationale.

Ces créations nécessitent des dotations budgétaires nouvelles complétant les moyens apportés par le redéploiement.

La rédaction d'une nouvelle circulaire amendant celle du 5 décembre 1988 est indispensable.

### **II-3.3.3 Donner des moyens suffisants ou renforcer les équipes déjà existantes**

Certains SMPR dans le cadre de la vocation de leur secteur ont une charge de travail encore plus importante lorsque le secteur comporte des établissements pénitentiaires de grande capacité. Les SMPR concernés pourraient alors, en étant ou non implantés dans l'établissement pénitentiaire le plus conséquent de leur secteur, développer, à l'instar des équipements dont sont dotés les secteurs de psychiatrie générale, des actions de soins diversifiées dans les différentes prisons de leur ressort telles que CMP, hôpital de jour, CATTP... avec des équipes à temps plein.

### **II-3.3.4 Réaffirmer la mission de coordination dévolue au secteur médico-psychologique régional**

Dans le cadre de leur mission régionale et en relation avec les médecins inspecteurs de santé publique, les SMPR développent leur rôle de conseiller technique auprès des établissements pénitentiaires de leur région, en initiant et facilitant la mise en place des consultations psychiatriques pluridisciplinaires et en animant au niveau régional la réflexion des praticiens.

### **II-3.4 Réaffirmer l'implication des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile dans les établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt comme établissements pour peines)**

- cette implication doit se faire en coordination avec les actions menées par les secteurs pénitentiaires ;

- l'intervention des secteurs est légitimée par le fait qu'il existe une population commune connue de la maison d'arrêt comme du secteur ;

- l'objectif est bien de faciliter les prises en charge des détenus présentant des troubles psychiatriques à la sortie des établissements pénitentiaires ;

- le travail du secteur peut se faire notamment par la mise en place d'un centre médico-psychologique post-pénal proposant des interventions diversifiées et coordonnées de différents membres de l'équipe (psychiatres, psychologues, infirmiers...).

Ce centre médico-psychologique doit être inscrit dans le schéma départemental d'organisation au même titre que les autres équipements du secteur.

### **II-3.5 Développer les moyens d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus dans les établissements de santé**

Les SMPR, même quand ils disposent de lits, ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins des détenus présentant des troubles mentaux. L'hospitalisation à l'extérieur du détenu malade mental s'impose notamment quand il ne consent pas à la prise en charge et au traitement, les SMPR ne pouvant administrer les soins sous la contrainte prévus par la loi du 27 juin 1990.

L'hospitalisation du détenu malade mental se fait alors en application de l'article D. 398 du Code de procédure pénale selon plusieurs modalités :

- hospitalisation dans le secteur de psychiatrie du domicile du patient ou de rattachement de l'établissement. Cette hospitalisation suppose l'existence d'un service adapté permettant d'assurer la sécurité du patient détenu et de l'équipe soignante. Il est urgent de susciter une réflexion départementale, régionale et nationale sur ce thème ;

- hospitalisation dans une unité pour malades difficiles. Le recours à cette modalité d'hospitalisation ne doit s'effectuer que pour les détenus présentant du fait de leur pathologie "un état dangereux majeur, certain et permanent" (cf. arrêté du 14 octobre 1990 sur le règlement UMD).

Parallèlement, compte tenu de l'évolution du milieu hospitalier, de la loi du 27 juin 1990 relative au droit et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, une réécriture de l'article D. 398 du Code de procédure pénale paraît indispensable.

La mise en oeuvre de prestations psychiatriques en milieu carcéral présente donc des difficultés spécifiques, tant techniques qu'éthiques. La détention, provoquant ou aggravant des troubles de santé mentale, complique et limite la réalisation des projets de prévention et de soins.

Une pratique de santé mentale de qualité en prison doit passer par une réflexion au niveau de la pratique des SMPR et s'articuler, nécessairement, avec l'ensemble du dispositif de soins en psychiatrie.

### **III PROPOSITIONS DE MISE EN OEUVRE**

#### **III-1 Le financement du dispositif**

Le choix du mode de financement des prestations sanitaires en milieu carcéral ne peut se faire sans lien avec les analyses précédentes sur l'existence d'un réel problème de santé publique qui dépasse largement les murs de la prison, puisque 60% des détenus effectuent des séjours de moins de 3 mois.

### **III-1.1 Le système actuel de financement est basé sur la conception régaliennne de l'Etat**

En contrepartie de la peine de privation de liberté, l'Etat assure les charges d'entretien des détenus (article D. 380 du Code de procédure pénale).

Au même titre que les dépenses liées à l'hébergement (chauffage, alimentation...), le ministère de la Justice régle environ 300 à 350 millions de francs de dépenses de soins, répartis en frais divers de personnels de santé, médicaments, ou remboursement à des institutions hospitalières (annexe IX).

### **III-1.2 Ce dispositif de financement ne paraît plus adapté ni à l'évolution des conditions de détention ni aux impératifs sanitaires**

- L'évolution des conditions de détention a conduit à développer des mesures alternatives à l'incarcération comme la semi-liberté, les placements extérieurs, où la population pénale est prise en charge par l'assurance maladie.

- Les nécessités de la réinsertion ont conduit le législateur à garantir des droits sociaux à la sortie de la détention (L.161-13 du Code de la sécurité sociale) pendant 1 an.

Les modalités de remise de la carte d'assuré social à la sortie de prison ont été arrêtées par la Caisse nationale d'assurance maladie, l'Inspection générale des affaires sociales, la Direction de la sécurité sociale et l'administration pénitentiaire dans le cadre d'une circulaire conjointe Justice/CNAM/DSS du 5 août 1992 (annexe X).

- La prise en charge de certaines pathologies a conduit progressivement à abandonner partiellement le système du Tout Etat pour le financement :

- . le dispositif des SMPR est déjà pris en charge par l'assurance maladie au titre de la sectorisation psychiatrique,

. la prise en charge des consultations liées au VIH est effectuée par le biais des CISIH et donc financée par l'assurance maladie.

Si l'on ajoute à cela que pendant la détention les ayant-droits sont pris en charge par l'assurance maladie (L.381-30 du Code de la sécurité sociale) pour le risque maladie-maternité, et que 68% des entrants en détention bénéficient de droits sociaux (source : Direction de l'administration pénitentiaire), la détention apparaît bien comme une parenthèse au milieu du système général de Sécurité sociale.

### **III-1.3 A la recherche de la généralisation de la Sécurité sociale**

Si l'on admet que la détention n'est qu'une rupture de courte durée dans l'histoire sociale d'un individu (il a des droits sociaux avant et après) et qu'en raison de la brièveté de sa détention, cet individu doit retrouver rapidement sa place en milieu libre, il est impératif que le système de solidarité nationale s'applique en milieu pénitentiaire.

Il faut donc rechercher un dispositif, sous forme de cotisations d'assurance maladie, assurant la généralisation de la couverture sociale, pour le risque maladie-maternité, à l'ensemble de la population pénale.

A cet égard, il est possible que le ministère de la Justice verse des cotisations d'assurance maladie calculées forfaitairement per capita et au prorata du temps passé en détention, de type assurance volontaire.

Le niveau de cotisation, qui ne saurait être inférieur aux dépenses actuelles du ministère de la Justice en ce domaine, devrait être négocié avec l'assurance maladie par les ministères du Budget, des Affaires sociales et de la Santé.

Le ticket modérateur pourrait être pris en charge par l'aide sociale du département d'origine du détenu par aménagement de la loi du 29 juillet 1992 (Loi Teulade) ou à défaut par l'administration pénitentiaire pour les détenus les plus démunis.

### **III-1.4 A défaut d'une prise en charge par l'assurance maladie**

Le dispositif présenté de recours aux hôpitaux publics peut être financé par l'Etat.

Le système, déjà en place pour l'alcoologie, consiste à verser des crédits d'Etat sur des budgets annexes des hôpitaux.



Dans l'un ou l'autre cas, crédits d'assurance maladie versés sous forme de dotation globale de fonctionnement, ou crédits d'Etat versés sur des budgets annexes, le financement du fournisseur des soins est assuré.

### **III-1.5 La mise en place du dispositif**

L'entrée en application du dispositif de couplage avec les hôpitaux sera tributaire du rythme de mise en oeuvre des dispositions arrêtées par les SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire).

Dans l'hypothèse où certaines régions auraient déjà arrêté leur SROS, il conviendra d'y introduire les amendements nécessaires.

**L'entrée en application du dispositif devra s'accompagner d'un programme de rénovation et d'équipement des services médicaux des établissements pénitentiaires dont le financement incombera à l'administration pénitentiaire : agrandissement des surfaces disponibles avec restructuration, acquisition des équipements nécessaires, etc...**

Les personnels sanitaires actuellement en place dans les services médicaux des établissements pénitentiaires pourront opter pour l'intégration dans le cadre du nouveau dispositif.

Pour le personnel infirmier du ministère de la Justice, une solution "en gestion" consiste à détacher des fonctionnaires de l'État dans la fonction publique hospitalière tout en continuant à les affecter dans les établissements pénitentiaires, par le biais de conventions entre les hôpitaux et ces établissements. A l'issue du délai statutaire de 3 ans, ces infirmiers auront la possibilité d'être intégrés dans la fonction publique hospitalière.

Les médecins vacataires qui exercent une partie de leur activité professionnelle en établissement pénitentiaire pourront être reconduits dans leurs fonctions en tant qu'attachés des hôpitaux.

### **III-2 L'accompagnement institutionnel**

La réforme du dispositif de santé en milieu pénitentiaire doit s'accompagner d'une définition des responsabilités institutionnelles.

Le schéma général pourrait s'énoncer ainsi :

1 - Définition de la politique générale

- 2 - Mise en oeuvre dans les établissements pénitentiaires
- 3 - Inspection et contrôle

### **III-2.1 La définition de la politique**

Elle appartient conjointement aux ministères de la Santé et de la Justice.

Chacun ne peut la définir seul et il n'est pas concevable d'exclure l'une ou l'autre partie.

La santé en prison ne peut être coupée de la gestion de la détention et des aspects touchant à l'insertion sociale de la population pénale.

Par ailleurs, la santé en prison ne peut rester isolée de la réflexion générale sur la santé publique en raison des liens entre population pénale et population générale.

C'est pour cela que les objectifs généraux de santé publique définis par le ministère de la Santé doivent être adaptés, en collaboration avec le ministère de la Justice, aux besoins de la population pénale et aux contraintes de la détention.

Cette politique de santé peut être définie et préparée notamment par l'Administration pénitentiaire et la Direction générale de la santé dans le cadre du Comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral - CICSMC - (art. D. 372 et suivants du Code de procédure pénale).

A cet égard il faut rappeler l'importance des méthodes d'évaluation des actions passées et des études épidémiologiques (annexe XI).

### **III-2.2 La mise en oeuvre dans les établissements pénitentiaires**

La mise en oeuvre du couplage prisons-hôpitaux peut se faire sous forme de conventions type négociées localement entre les directions régionales de l'administration pénitentiaire et les hôpitaux.

La Direction de l'administration pénitentiaire et la Direction des hôpitaux pourront assurer la responsabilité du suivi de ce dispositif.

**Les règles de tutelle et de planification sont celles de droit commun définies par la loi hospitalière (SROSS).**

Il semble important d'accompagner la mise en place de cette réforme d'une action de communication et de participation préalable. Son succès et la rapidité de sa réalisation dépendront de l'adhésion des responsables des établissements hospitaliers et pénitentiaires.

Au plan de l'information, ils devraient bénéficier d'une priorité et être associés à la mission dès l'origine.

C'est pourquoi la publication des décrets et circulaires devrait être accompagnée d'une campagne d'explication spécialement orientée vers les hôpitaux et les établissements pénitentiaires sans omettre ou exclure tous ceux qui devront être acteurs de cette réforme : directeurs d'hôpitaux, médecins, conseils d'administration, magistrats, directeurs d'établissements pénitentiaires, DDASS, DRASS.

Un comité de pilotage pourra utilement rassembler ces différents intervenants afin d'assurer la cohérence et le suivi.

### **III-2.3 L'inspection et le contrôle**

Les missions d'inspection et de contrôle confiées successivement à l'IGAS puis étendues aux médecins inspecteurs de santé publique dans chaque département fonctionnent à la satisfaction générale et il convient donc de conforter ce dispositif.

**L'élaboration d'un rapport annuel de synthèse et son examen par le CICSME permettraient de tirer les leçons de ces contrôles et d'adopter des recommandations.**

Ceci pourrait constituer le creuset de l'évaluation des mesures adoptées.

En conclusion, il apparaît nécessaire, autour du CICSME existant, de renforcer la coordination entre les différentes administrations (Inspection générale des affaires sociales, administration pénitentiaire, Direction des hôpitaux, Direction générale de la santé) afin d'assurer la bonne information des ministres en charge de ce problème.

## **PRINCIPALES PROPOSITIONS DE LA MISSION**

### **I - La médecine préventive**

Un recueil des éléments permettant une évaluation de l'état de santé des détenus, grâce à un outil standardisé (conclusions de l'enquête ORS-PACA) sera appliqué à tous les établissements pénitentiaires. Ce recueil devra permettre un suivi épidémiologique.

Une attention particulière doit être apportée au dépistage de la tuberculose qui sera renforcé en milieu pénitentiaire. Les conseils généraux devront être rappelés au strict respect des obligations leur incombant ; ils pourront toutefois confier l'exécution de ces prestations à un autre opérateur, sous réserve qu'ils en assurent rigoureusement le financement.

Le dépistage obligatoire de la syphilis doit être élargi au dépistage des MST.

Le dépistage volontaire de l'infection par le VIH sera assuré en milieu pénitentiaire par les centres habilités (couplage de tous les établissements pénitentiaires avec un CDAG). En cas de séropositivité et de SIDA, le suivi sera assuré par les CISIH en suivant les recommandations du rapport Dormont<sup>(1)</sup>.

Une proposition de dépistage de la contamination par le virus de l'hépatite B doit être faite aux populations à risque afin d'envisager à terme une vaccination des sujets sains.

### **II - L'accès aux soins somatiques et de santé mentale**

Il sera facilité par :

- une prise en charge de ceux-ci par les établissements publics de santé permettant une continuité des soins ;

-----  
(1) Prise en charge et traitement précoce de l'infection à VIH. Rapport remis en juin 1990 au ministre chargé de la Santé.

- la responsabilité des soins médicaux devra être clairement établie.

Il convient de :

- . "coupler" chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé auquel seront confiées la responsabilité et la maîtrise d'oeuvre de l'ensemble des soins aux détenus tant à l'intérieur de la prison que dans la structure hospitalière s'agissant des consultations très techniques et des hospitalisations.

- . accompagner la mise en oeuvre de ce dispositif d'un programme de rénovation et d'équipement des services médicaux des établissements pénitentiaires dont le financement incombera à l'administration pénitentiaire.

- . développer le nombre de secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire en portant leur nombre à 34 (soit 1 secteur pour 1 500 détenus) dans un délai de 6 ans, et notamment créer 2 secteurs dont le service sera implanté en maisons centrales en 1994.

- . renforcer les équipes des secteurs psychiatriques existants en milieu pénitentiaire ;

- . réaffirmer l'implication des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile dans les établissements pénitentiaires.

- . développer les moyens d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus dans les établissements de santé.

- . généraliser la couverture sociale pour le risque maladie-maternité à l'ensemble de la population pénale et en assurer le financement par le paiement par l'Etat d'une cotisation forfaitaire per capita et au prorata temporis. Faire prendre en charge le ticket modérateur par l'aide sociale du département par aménagement de la loi du 29 juillet 1992.

- . confier la définition de la politique générale de santé en milieu pénitentiaire conjointement aux ministères de la Santé et de la Justice.

- . maintenir les missions d'inspection et de contrôle à l'IGAS et aux médecins inspecteurs de santé publique.

# BIBLIOGRAPHIE

## Rapports de l'Inspection générale des affaires sociales

- Rapport général sur l'organisation des soins en milieu pénitentiaire - Mai 1984.
- Distribution des médicaments dans les établissements pénitentiaires - Août 1986.
- Modalités de prescription, d'achat et de distribution de médicaments dans les établissements pénitentiaires - Mai 1991.
- Les détenus handicapés - Novembre 1990.
- Statut et prise en charge des enfants vivant avec leur mère détenue - Décembre 1991.
- Synthèse sur les infirmeries des établissements pénitentiaires - Janvier 1992.
- Les services médico-psychologiques régionaux - Avril 1986.
- Promotion de la santé mentale et organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire - Janvier 1992.
- L'hôpital de Fresnes - Juin 1983.
- L'hôpital des prisons de Marseille - Janvier 1984.
- Organisation sanitaire du centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis - Avril 1984.
- Le centre agricole de Casabianda - Août 1984.
- Les établissements pénitentiaires de Strasbourg - Août 1984.
- La maison d'arrêt de Rouen - Décembre 1984.
- Les règlements intérieurs des hôpitaux des prisons de Fresnes et des Baumettes - Septembre 1984.
- La maison d'arrêt de Pontoise - Octobre 1984.
- Le SMPR des Baumettes - Mars 1985.
- La maison d'arrêt de Montpellier - Juillet 1986.
- L'hospitalisation des détenus hors milieu pénitentiaire à Marseille - Avril 1987.

- L'hospitalisation des détenus au centre hospitalier de Moulins - Janvier 1988.
- Fonctionnement de la prison hôpital des Baumettes - Février 1988.
- Fonctionnement médical de l'Établissement national d'hospitalisation des prisons de Fresnes - Novembre 1989.
- Le SMPR de Dijon - Février 1990.
- Rapport sur la pharmacie et le laboratoire de l'ENH des prisons de Fresnes - Juin 1990.
- Les établissements pénitentiaires français d'Amérique - Mars 1985.
- L'établissement pénitentiaire de Mayotte - Mai 1986.
- Les établissements pénitentiaires de la Réunion - Juillet 1986.
- Suivi des toxicomanes dans les prisons des Antilles-Guyane - Mai 1988.
- Le camp Est de Nouméa en Nouvelle-Calédonie - Octobre 1989.
- La prison de Saint-Pierre-et-Miquelon - Octobre 1988.
- Le fonctionnement du cabinet de la maison d'arrêt de Fresnes - Février 1992.

## Autres références :

- Conditions de vie en détention et pathologies somatiques. Recherche effectuée par l'Association lyonnaise de criminologie et d'anthropologie sociale pour le ministère de la Justice, Juin 1991. - 205 p.
- Les toxicomanes incarcérés dans les antennes toxicomanies - enquêtes épidémiologiques 1989-1990 - INSERM U 302.
- La santé des jeunes détenus - M. Choquet et al., INSERM U 169 - Rapport de recherche HCEIA n°1991-01. - 14 p.
- Espinoza P. - Infection par le VIH et prison - le suivi du malade. - Le journal du SIDA, sept. oct. 1991.
- Espinoza P. - L'infection par le VIH en milieu carcéral. - La Revue du praticien, médecine générale, Tome 5, n° 142 du 17 juin 1991.
- Espinoza P. - Forte prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et le virus HIV chez les toxicomanes français incarcérés. - Gastroenterol. clin. biol., 1987, 11, 288-292.

## Table des annexes



<b>Annexe I</b>		
Enquête ORS-PACA	.....	3
<b>Annexe II</b>		
Code de procédure pénale (extraits)	.....	9
<b>Annexe III</b>		
Circulaire du 21 décembre 1990	.....	13
<b>Annexe IV</b>		
Comptes santé - Programme 13 000	.....	19
<b>Annexe V</b>		
Fiche de santé	.....	23
<b>Annexe VI</b>		
Dépistage de la tuberculose	.....	27
<b>Annexe VII</b>		
Convention de prestation de services	.....	31
<b>Annexe VIII</b>		
Exemple de convention type	.....	49
<b>Annexe IX</b>		
Évolution des dépenses de santé depuis 1988	.....	53
<b>Annexe X</b>		
Protection sociale des détenus	.....	57
<b>Annexe XI</b>		
Fiche épidémiologique	.....	69
<b>Annexe XII</b>		
Avis des syndicats FO et CFDT sur le pré-rapport de la mission.....		73

# ANNEXE I

## ANNEXE I

### Enquête ORS-PACA, 16 Novembre 1992- Avril 1993

Cette enquête "évaluation de l'état de santé et des besoins sanitaires de la population pénale" est menée simultanément dans trois établissements de la région par l'intermédiaire d'un questionnaire standardisé :

- les Baumettes,
- le CD de Draguignan,
- la centrale d'Arles.

Aux Baumettes la période d'inclusion a porté sur un mois (du 16 novembre au 18 décembre 1992), et concerne tous les arrivants de l'état de liberté - un suivi médical sur une période de deux mois est en cours.

A Draguignan et à Arles un sondage aléatoire stratifié sur les présents du 16 novembre 1992 (date de début de l'étude) a porté sur la moitié des effectifs.

Au centre pénitentiaire des femmes des Baumettes toutes les présentes au 16 novembre 1992 et les entrantes du 16 novembre 1992 au 18 décembre 1992 ont été incluses.

Les premiers résultats de cette étude seront connus à la fin du mois de février 1993 pour l'état de santé (phase I). Le suivi médical (phase II) pourra être évalué fin avril 1993.

On peut déjà remarquer le bon accueil réservé par les détenus à l'autoquestionnaire puisque 86,2% d'entre eux ont accepté d'y répondre.

## **ANNEXE II**

### Code de procédure pénale (extraits)

**Art. D. 285.** Le jour de son arrivée à la prison ou, au plus tard le lendemain, chaque détenu doit être visité par le chef de l'établissement ou par un de ses subordonnés immédiats.

Dans les délais les plus brefs, le détenu est soumis à un examen médical destiné à déceler toute affection de nature contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou des soins urgents.

(Décret n°85-836 du 6 août 1985) " Le détenu est également visité dès que possible par un membre du service socio-éducatif et, s'il y a lieu, par le ministre de son culte, conformément aux dispositions des articles D.436 et D.464".

**Art. D. 380.** Les détenus malades bénéficient gratuitement des soins qui leur sont nécessaires, ainsi que de la fourniture des produits et spécialités pharmaceutiques dont l'emploi est autorisé dans les hôpitaux publics.

Réserve faite des expertises ordonnées par l'autorité judiciaire, ils ne peuvent être examinés ou traités, même à leur frais, par un médecin de leur choix ou en dehors de la prison, à moins d'une décision ministérielle.

(Décret n° 72-852 du 12 sept 1972) " Les détenus ne peuvent être soumis à des expériences médicales ou scientifiques pouvant porter atteinte à l'intégrité de leur personne physique ou morale".

**Art. D. 386.** Dans le cas exceptionnel où l'hospitalisation d'un détenu s'impose dans les conditions visées aux articles D. 382 et D. 384. le chef de l'établissement de détention avise dans les meilleurs délais l'administration de l'hôpital afin qu'elle prenne les dispositions voulues pour que l'intéressé soit placé dans une chambre de sûreté, ou à défaut d'installation spéciale dans une chambre ou dans un local où un certain isolement sera possible, de manière que la surveillance suivie du détenu puisse être assurée dans les conditions prévues ci-dessous sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

Le chef de l'établissement pénitentiaire doit donner également tous renseignements utiles à l'autorité préfectorale pour la mettre en mesure de prescrire l'escorte et la garde du détenu hospitalisé par les services de police ou de gendarmerie et, de façon générale, pour arrêter les mesures propres à éviter tout incident compte tenu de la personnalité du sujet.

**Art. D. 395.** Des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans

chaque maison d'arrêt par les services qualifiés des directions départementales de (Décret n° 72-852 du 12 sept 1972) "l'action sanitaire et sociale".

Dans cette hypothèse, les médecins de ces services, ainsi que leurs assistants ou assistantes, ont accès dans l'établissement en vertu d'une autorisation délivrée à titre nominatif par le directeur régional des services pénitentiaires sur la proposition du directeur départemental de (Décret n° 72-852 du 12 sept 1972) "l'action sanitaire et sociale". Leurs examens doivent être pratiqués en liaison avec le médecin de la prison auquel leurs observations sont au surplus communiquées.

## **ANNEXE III**

## **ANNEXE IV**



## **ANNEXE V**

## Annexe V

### FICHE DE SANTÉ

#### Interrogatoire

1 Vaccination

B.C.G.  
DT Polio  
Hépatite B

2 Tabac

3 Alcool

4 Toxicomanie

5 Affections médicales

6 Affections chirurgicales

7 Antécédents psychiatriques

8 Traitements en cours

#### Examen clinique

1

Poids

Taille

2 Tension artérielle

3 Pathologie diagnostiquée

- Respiratoire  
- Cardio-vasculaire  
- Digestive  
- Autres

4 Examens complémentaires prescrits

5 Consultations spécialisées

6 Traitement prescrit

7 État dentaire

8 Vision

9 Audition

10 Synthèse sur l'état général

Très bon  
Bon  
Moyen  
Mauvais  
Très mauvais

## **ANNEXE VI**

## DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

(enquête téléphonique effectuée par la mission auprès des établissements pénitentiaires de métropole au cours du dernier trimestre 1992).

**128 réponses sur 175 établissements de métropoles contactés :**

**. 79 pratiquent le dépistage systématique :**

. soit par intradermo-réaction (+ radiographie si l'IDR est positive), soit par dépistage radiophotographique,

. soit par dépistage IDR systématique et dépistage radio lorsque la fréquence le permet.

La fréquence du dépistage varie de "tous les jours" à "une fois par an".

**. 34 pratiquent une radiographie sur prescription du médecin** (devant des signes cliniques évocateurs).

**. 15 ne pratiquent pas le dépistage**

Les motifs les plus souvent évoqués sont soit la défaillance du conseil général qui n'assure pas cette mission, soit l'absence dans les établissements de l'équipement radiographique nécessaire (ou équipement trop vétuste) et/ou l'absence de personnel formé, soit des problèmes de financement.

**Modalités de financement du dépistage ( pour 72 établissements sur 128)**

\* Conseil général : 29 établissements,

\* Administration pénitentiaire : 31 établissements,

\* Conseil général (tests cutanés) et administration pénitentiaire (radios) : 12 établissements.

## **ANNEXE VII**

## **ANNEXE VIII**

## EXEMPLE DE CONVENTION TYPE

Établissement pénitentiaire	↔	Etablissement public de santé
Service médical assuré par l'hôpital par :		L'hôpital devra assurer de surcroît dans ses murs :
1) la mise à disposition d'une équipe composée de :		-les soins et consultations extérieures nécessitant des équipements inexistantes en prison
-médecins généralistes et spécialistes		
-infirmières		
-dentiste		-le traitement des déchets
-secrétaire médicale		
-manipulateur radio		-Les hospitalisations
-kinésithérapeute		
-pharmacien		Nécessite à cet effet
2) la fourniture de la pharmacie et des analyses médicales		chambre sécurisée
		ou
3) les prestations assurées sont les suivantes :		unité sécurisée selon les cas
-consultations		
-soins dentaires		
-soins infirmiers		
-pas de lit d'infirmerie ni d'hospitalisation dans la prison		
4) les équipements et locaux sont fournis et entretenus par l'Administration Pénitentiaire et à ses frais		Au cas où le plateau technique de l'hôpital est insuffisant recours au cas par cas à des établissements plus spécialisés
		↓   ↓   ↓
		grands brûlés
		neuro-chirurgie
		chirurgie cardiaque etc

**EXCEPTION** : Dans la grande région Ile de France et la région marseillaise toutes les hospitalisations (à l'exception de celles relevant d'un plateau technique très spécialisé) se feront à l'Etablissement d'hospitalisation public national de Fresnes, et à la prison hôpital des Baumettes.

## **ANNEXE IX**



# ANNEXE X

## **ANNEXE XI**

## FICHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Il a été noté tout au long du rapport le manque de recherches épidémiologiques dans le domaine de la santé en milieu carcéral.

Il apparaît donc nécessaire de recommander aux ministres de tutelle de mettre en place les conditions favorables à ces recherches.

Sans souci d'exhaustivité, on peut noter ici quelques pistes de réflexion.

### 1 - Disposer d'un lieu de mise en commun des méthodologies

Des initiatives existent, elles ont besoin d'être fédérées, afin que soient confrontés méthodes et résultats.

Ceci pourrait s'articuler autour du Réseau national de santé publique (Saint-Maurice)

### 2 - Introduire la notion de population de référence

Comme il l'a été remarqué, la population pénale présente des caractéristiques différentes de l'ensemble de la population générale (âge, sexe, pathologies, milieu social, éducation sanitaire).

Il est utile de comparer les résultats d'enquête auprès de la population pénale aux indicateurs épidémiologiques de la population générale. Il faudrait cependant aussi pouvoir comparer l'évolution dans le temps de l'état sanitaire de la population générale.

Afin de pouvoir mesurer les résultats d'actions sanitaires (prévention...), il est intéressant aussi de comparer des populations cibles à des populations de référence de même âge et de même milieu social.

### 3 - Favoriser la mise en place d'enquêtes légères

Il existe un mythe de l'enquête sociale exhaustive "France entière", tout savoir sur tout. Ce mythe n'est pas propre au milieu pénitentiaire, mais assez connu dans la pratique statistique administrative.

Il faut au contraire favoriser, à partir de références communes (données de base), des enquêtes approfondies sur des échantillons ou sous-populations, quitte ensuite à confronter les méthodes et les résultats au sein de l'instance mentionnée au point 1.

4 - Créer une structure à l'échelon national chargée d'étudier l'épidémiologie en milieu carcéral.

## **ANNEXE XII**

Dactylographie et mise en page :

- Evelyne LE KVERNE-FLEUREAU
- Hélène LACOMBE
- Riama M'BAÉ
- Maïté IBARRECHE
- Arlette DARDY