

La santé en prison

Dossier coordonné par
Geneviève Guérin
Secrétaire général adjoint du
Haut Comité de la santé publique

dossier

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a profondément modifié le paysage de la prise en charge sanitaire des personnes détenues en les intégrant dans le système de santé de droit commun.

Le service public hospitalier est devenu le principal acteur de cette réforme de santé publique, soudain en charge de missions dont il n'était pas familier. En effet, si la loi hospitalière de 1991 prévoyait bien que les établissements de santé « *participent à des actions de santé publique* », cette disposition était jusqu'alors restée pratiquement inappliquée.

Il lui a fallu implanter en l'espace de deux ans, dans un milieu dont la culture et les traditions étaient très éloignées des siennes, un modèle de prise en charge susceptible d'apporter, au sein d'une seule et même unité fonctionnelle, une réponse globale aux besoins importants et diversifiés d'une population jusqu'alors tenue à l'écart du système de santé de droit commun.

Il a bénéficié pour cela de moyens financiers importants, et de la volonté des administrations de la Justice et de la Santé de dépasser leurs différences d'approche afin d'atteindre un objectif commun d'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues. Il a également pu s'appuyer sur l'expérience des établissements du Programme 13 000. Ces unités fonctionnelles, les UCSA, ont développé au sein des établissements pénitentiaires une prise en charge dont les données d'activité ont montré qu'elle avait atteint dès 1997 un volume important en termes d'accès aux soins des personnes détenues.

Cette progression quantitative s'est accompagnée d'une amélioration qualitative des soins médicaux et infirmiers

grâce au professionnalisme des équipes hospitalières.

Par ailleurs, l'indépendance de la démarche sanitaire a permis l'instauration de droits dont la jouissance était jusqu'alors refusée aux personnes détenues, aux premiers rangs desquels le libre accès aux soins, la non-discrimination en raison du motif d'incarcération et le respect du secret médical.

L'ensemble de ces facteurs permet de considérer que la réforme de janvier 1994 a eu des effets globalement positifs sur la prise en charge sanitaire en milieu carcéral, en dépit de problèmes de fonctionnement liés aux contraintes de la vie carcérale... Cependant, deux difficultés majeures sont liées à l'organisation même du dispositif :

- la permanence des soins n'est pas assurée de façon satisfaisante pour garantir la sécurité de la population détenue placée sous la responsabilité du service public hospitalier ;
 - le principe d'égalité d'accès aux mêmes soins que ceux dont dispose la population en milieu libre n'est pas respecté en ce qui concerne la prise en charge des pathologies mentales. Une répartition homogène de l'offre de soins psychiatriques devrait être recherchée sur l'ensemble du parc pénitentiaire, en particulier par le renforcement des moyens dans les établissements pour peine concentrant les populations qui présentent des pathologies lourdes.
- Enfin, après dix années de fonctionnement, le dispositif devrait maintenant être évalué régulièrement. Une enquête quinquennale portant à la fois sur l'état de santé des personnes détenues et sur l'activité des établissements publics de santé qui les prennent en charge permettrait de réajuster périodiquement l'offre de prévention et de soins en fonction des besoins. #

Contexte et genèse d'une réforme

En 1994, la prise en charge sanitaire des détenus est transférée de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Cette réforme répond à la volonté d'améliorer l'accès aux soins des détenus et de mettre en place une politique de santé publique en milieu carcéral.

Geneviève Guérin
Secrétaire général
adjoint du
Haut Comité de la
santé publique

Les références
entre crochets
renvoient à la
bibliographie p. 54.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a profondément modifié le paysage de la prise en charge sanitaire des personnes détenues en les intégrant au système de santé de droit commun.

Jusqu'alors, aux termes de l'article D. 380 du Code de procédure pénale prévoyant que les détenus reçoivent gratuitement en prison les soins qui leur sont nécessaires, il incombait à l'administration pénitentiaire d'assurer leur prise en charge sanitaire au même titre que le gîte, le couvert et le chauffage. En 1993, elle y consacrait quelque 300 millions de francs (52 millions d'euros¹), offrant un droit aux soins minimum *sauf* pour les consultations, opérations ou appareillages ne présentant pas un caractère d'urgence [1]. Une infirmerie était installée à l'intérieur de la prison, à laquelle était attaché, à temps complet ou partiel, un personnel médical et infirmier vacataire, recruté et rémunéré par le ministère de la Justice.

À la date de l'incarcération, les détenus et leurs ayants droit perdaient le bénéfice de la Sécurité sociale.

Dès le début des années quatre-vingt, le ministère de la Justice a entamé une réflexion visant à améliorer l'accès aux droits des détenus. Selon la loi en effet, la détention ne doit être que la privation, par une décision de justice, de la liberté d'aller et de venir. Le droit à la santé, comme le droit à la formation, à la culture

1. Afin de faciliter les comparaisons, toutes les valeurs en francs de ce dossier comportent en regard leur valeur en euros 2002, obtenue après application à l'année de référence du coefficient de transformation figurant dans le tableau de conversion de l'Insee (www.insee.fr/fr/indicateur/achatfranc.htm).

ou au travail, doit pouvoir s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires où les personnes détenues peuvent prétendre à des soins équivalents à ceux qu'elles recevraient en milieu libre.

Cette volonté de prendre en compte le droit des détenus à l'accès aux soins, associée à une réelle inquiétude devant la montée des besoins sanitaires en prison, en raison de l'augmentation du nombre de personnes incarcérées infectées par le VIH et/ou toxicomanes, a amené le ministère de la Justice à mettre en place une politique dite de « décloisonnement » permettant aux services du ministère de la Santé d'assurer des compétences grandissantes en milieu pénitentiaire.

Le rôle de contrôle de l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus confié à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 1984, la transformation de l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes en établissement public national de santé en 1985 ont constitué les premières avancées de ce rapprochement.

En 1986, la création dans le cadre de la sectorisation psychiatrique de 24 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés en maisons d'arrêt annonce le modèle d'organisation qui sera repris plus tard pour la médecine somatique.

En 1987, on assiste à un changement de cap avec la programmation de 21 établissements (dits du « Programme 13 000 » en raison du nombre de places d'accueil créées) qui ouvriront en 1990, dans lesquels la gestion de la santé, parmi d'autres fonctions, est déléguée à des groupements privés pour une période de dix ans. Un cahier des charges relatif à la médecine

générale, aux soins infirmiers et à la dentisterie définit des normes très supérieures à celles offertes par l'administration pénitentiaire dans les autres établissements. D'après Pierre Pradier, auteur d'un rapport d'évaluation sur la gestion de la santé dans les établissements du Programme 13 000, « *une véritable politique de santé publique dégagée des contraintes administratives commence à se faire jour et l'expérience de ces établissements inspirera le ton et le contenu de la loi de janvier 1994 qui assied l'autonomie du corps de santé dans tous les établissements pénitentiaires* » [2].

En 1989, le dialogue reprend entre l'administration pénitentiaire (qui selon Pierre Pradier n'avait guère souscrit à la privatisation amorcée avec le Programme 13 000) et le ministère de la Santé, sur fond de montée en puissance de l'infection à VIH, avec la signature de conventions entre les établissements pénitentiaires les plus touchés par le problème et des structures hospitalières spécialisées, les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (Cisih), afin d'assurer des consultations au sein des prisons.

En 1992, ce modèle spécifique au domaine du sida initié entre Fleury-Mérogis et la Pitié-Salpêtrière est étendu à tous les soins somatiques dans trois conventions expérimentales passées entre les prisons de Laon, Châteauroux et Saint-Quentin-Fallavier et les centres hospitaliers de proximité.

La même année, le garde des Sceaux et le ministre de la Santé, constatant que « *ces avancées [notables] s'avèrent insuffisantes au regard des pathologies nouvelles et particulièrement complexes auxquelles l'administration pénitentiaire doit faire face [toxicomanie, VIH, tuberculose, hépatites B et C]* », demandent au Haut Comité de la santé publique (HCSP) de « *rechercher et proposer les modalités du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus le mieux à même de répondre aux particularités présentées par cette population, dans une démarche de santé publique* ».

Le HCSP remet en 1993 un rapport [3] dans lequel il confirme la diversité et la gravité des pathologies qui affectent la population carcérale : conduites addictives, VIH, hépatites B et C, tuberculose, troubles de la santé mentale, et souligne la nécessité d'une réforme profonde du système de soins en milieu carcéral, en lui assignant des objectifs en référence à des valeurs partagées :

- la protection de la personne détenue comme de celle de ses proches,
- la lutte contre l'exclusion, notamment en matière d'accès aux soins et à l'insertion sociale, en permettant à la population carcérale de bénéficier d'une couverture sociale et de soins d'une qualité identique à ceux qui sont offerts à la population générale.

Le Haut Comité de la santé publique considère par ailleurs que cette réforme doit s'inscrire plus largement dans un objectif de préservation de la santé de la population générale, dans la mesure où les personnes détenues sont majoritairement incarcérées pour des périodes de courte durée, et présentent ainsi un certain

nombre de risques pour elles-mêmes et pour le milieu libre qu'elles sont appelées à retrouver.

Il préconise donc la mise en place en milieu carcéral d'une politique de santé publique susceptible d'apporter des réponses à la hauteur des problèmes rencontrés, et notamment :

- le dépistage des affections fréquentes et graves rencontrées chez les personnes détenues afin que les soins appropriés leur soient prodigués sans délai, les dispositifs d'éducation et de prévention pour la santé devant aussi être développés en prison,
- une qualité des soins curatifs égale à celle des soins dispensés en milieu libre, pour les pathologies somatiques et psychiatriques,
- la continuité des soins pour éviter la rupture de la prise en charge à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire et lors du retour en milieu libre.

Cette double approche, individuelle et collective, est caractéristique de la démarche de santé publique. S'agissant de la population carcérale, certains auteurs se demandent cependant si elle n'est pas également le signe que la prise en compte de la santé des personnes détenues ne trouverait sa justification que dans la menace que font peser leurs pathologies sur la population générale [4].

Dans une perspective de santé publique, ces deux impératifs également légitimes — satisfaction des besoins de santé individuels des personnes détenues, préservation de la santé de la population générale — n'apparaissent pas antagonistes mais complémentaires.

Il faut cependant concéder que les experts et les politiques, conscients des réticences de la population générale devant toute réforme pouvant être perçue comme favorable aux personnes détenues, n'ont jamais manqué d'insister sur les bénéfices qu'elle pouvait en tirer.

Afin d'atteindre ces objectifs, le HCSP recommanda de structurer la réforme selon deux axes prioritaires :

- réorganiser l'offre de soins afin de pouvoir satisfaire la demande, en « couplant » chaque établissement pénitentiaire avec l'établissement public de santé de proximité, ce dernier ayant la responsabilité de la prise en charge de l'ensemble des soins, à la fois au sein de la prison par l'institution d'une permanence médicale, et à l'hôpital par l'accueil en consultations spécialisées ou en hospitalisation surveillée ;
- fournir les moyens nécessaires pour permettre cette mutation, en assurant aux personnes détenues françaises et étrangères et à leurs ayants droit, dès leur incarcération, l'affiliation au régime général d'assurance maladie et maternité.

Ces deux propositions ont servi de base à l'élaboration de la loi du 18 janvier 1994², qui dispose que :

- « *Le service public hospitalier assure, dans des*

2. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Chapitre II. Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus.

conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires » (article L 6112-1 du Code de la santé publique),

- « Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de leur incarcération » (article L 381-30 du Code de la sécurité sociale). « Leurs ayants droit bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité, sauf si le détenu est un étranger en situation irrégulière. L'État est redevable pour chaque détenu affilié d'une cotisation calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale » (articles 381-30-1 et 2 du CSS).

Il faut s'arrêter ici sur les raisons qui ont conduit le législateur, suivant en cela les propositions du HCSF à confier la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier. D'autres approches auraient en effet pu être envisagées, par exemple la généralisation, expérimentée avec le Programme 13 000, de la concession de la fonction santé à des groupements privés.

Trois facteurs ont motivé les choix effectués.

- Le premier est lié au fait que, malgré un fonctionnement globalement satisfaisant du service médical, un certain nombre de difficultés étaient apparues dans les établissements 13 000, liées à la spécificité de cette expérience : mode de recrutement du personnel, taux de renouvellement important des équipes dans certains établissements, nombre élevé d'hospitalisations restant à la charge de l'administration pénitentiaire en sus du règlement du prix de journée, absence de liens avec les services des prisons en charge de la réinsertion [2, 3].

- Le second est lié à la montée en puissance d'une vision régaliennne de la santé considérant l'État comme responsable et garant de la santé publique. Le service public hospitalier apparaît dès lors comme le meilleur moyen d'exercer cette responsabilité en toute indépendance auprès d'une population placée sous la surveillance d'un autre service public, pénitentiaire celui-là.

- Enfin, les expériences de jumelage entre établissements pénitentiaires et établissements publics de santé, qui avaient été jugées positives, incitaient à proposer l'hôpital comme référent.

Avec l'entrée de l'hôpital dans les prisons, s'opère ainsi un véritable changement de perspective : la population pénale est prise en charge par une équipe médicale, indépendante de l'administration pénitentiaire, qui assure auprès d'elle les missions du service public hospitalier, elle est enfin intégrée dans le système de santé de droit commun (les établissements du Programme 13 000 seront intégrés en 2001 à l'expiration des contrats de concession).

Conformément aux textes d'application de la loi³, chaque établissement pénitentiaire a été jumelé par voie conventionnelle avec un établissement public de santé répondant à une double condition de proximité et de niveau de plateau technique, et habilité à participer à l'accueil et au traitement des urgences. Le cas échéant, si cet hôpital n'était pas inclus dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales, une deuxième convention a été passée avec l'établissement de santé de proximité en mesure d'assurer les soins psychiatriques.

Des protocoles fixent les conditions d'intervention des établissements de santé. Le guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 décrit très précisément les modalités pratiques de mise en œuvre de la réforme, notamment l'organisation et le fonctionnement du nouveau dispositif de soins, ainsi que l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier.

Il prévoit notamment que les soins en milieu pénitentiaire seront dispensés par des unités fonctionnelles du service public hospitalier, dénommées unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), et que celles-ci auront également la charge d'organiser le recours à l'hôpital chaque fois que cela s'avérera nécessaire, qu'il s'agisse d'hospitalisations ou de consultations et examens spécialisés nécessitant un recours au plateau technique.

S'agissant des soins psychiatriques, un dispositif mixte est instauré ; il prévoit que les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont assurés par les secteurs de psychiatrie générale locaux au sein des UCSA, et les soins plus spécialisés, y compris l'hospitalisation en milieu pénitentiaire, par les SMPR créés en 1986 (portés à 26 en 1994). Les hospitalisations d'office ont lieu en milieu hospitalier, dans les établissements habilités à recevoir les malades hospitalisés sous contrainte.

La réforme a été mise en place entre 1995 et 1997 dans le parc pénitentiaire public, et en 2001 dans les établissements du Programme 13 000.

La prise en charge sanitaire des détenus est maintenant totalement assurée par le service public hospitalier. Le dispositif concerne 186 sites pénitentiaires, impliquant 239 établissements de santé publique et 88 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. #

3. Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers de services déconcentrés de l'administration pénitentiaire et circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à l'organisation des soins somatiques et psychiatriques en milieu pénitentiaire et son guide méthodologique.

La population carcérale

À 95 % masculine, la population incarcérée est largement issue des classes populaires. Son état de santé général est bon pour 77 % des entrants. Certaines pathologies (sida, hépatites, diabète...) nécessitent des traitements durant la période d'emprisonnement. Près de la moitié des détenus présentent un trouble psychiatrique.

Geneviève Guérin
Secrétaire général
adjoint du
Haut Comité de la
santé publique

La population carcérale est formée de prévenus (personnes détenues qui n'ont pas encore été jugées ou dont la condamnation n'est pas définitive) et de condamnés (personnes détenues en vertu d'une condamnation judiciaire définitive).

Au 1^{er} avril 2003, 59 155 personnes étaient détenues dans les prisons françaises de métropole et d'outre-mer, pour une capacité d'accueil de 48 603 places. Ce chiffre est comparable à celui de la population carcérale en 1996, année au cours de laquelle la mise en place du dispositif prévu par la réforme de 1994 a été achevée. Le nombre de personnes détenues avait ensuite régulièrement baissé, avant d'augmenter à nouveau à partir d'octobre 2001 (figure 1).

En termes de mouvements, 64 730 entrées et 63 132 sorties ont été enregistrées en 2001. La durée moyenne d'incarcération est passée de 6,9 mois en 1994 à 8,7 mois en 2003.

Les prévenus représentent en moyenne 38 % de la population carcérale en 2003.

Selon leur catégorie pénale (prévenus ou condamnés) et selon la peine prononcée, les personnes détenues sont accueillies dans des établissements différents :

- Les maisons d'arrêt et quartiers de maisons d'arrêt reçoivent les prévenus ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an.

- Les centres de détention accueillent les condamnés considérés comme présentant les meilleures perspectives de réinsertion. Ils comportent à ce titre un régime principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

- Les maisons centrales reçoivent les condamnés

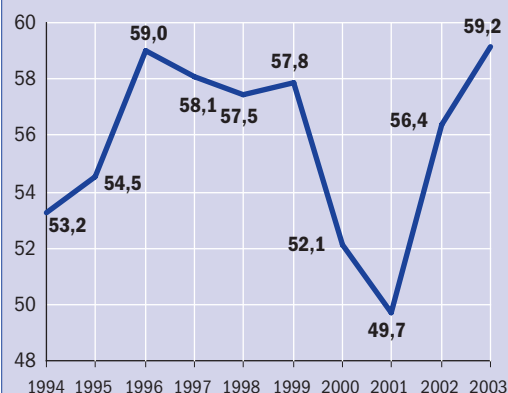
à de longues peines et considérés comme les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

- Les centres pénitentiaires sont des établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers à régimes de détention différents (par exemple maison d'arrêt et centre de détention, maison centrale et centre de détention).

- Les centres de semi-liberté autonomes reçoivent les condamnés admis au régime de semi-liberté leur permettant de suivre un traitement médical ou d'exercer

figure 1

Évolution du nombre moyen de détenus entre 1994 et 2003 (en milliers)



Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

une activité (travail, enseignement) au terme de laquelle ils sont astreints à rejoindre l'établissement pénitentiaire.

Le parc pénitentiaire comprend 186 établissements (dont 119 maisons d'arrêt) répartis en dix régions pénitentiaires, celles de Paris et Lille accueillant les effectifs les plus importants (figure 2). La densité carcérale varie considérablement selon le régime de détention de l'établissement : en avril 2003, le taux d'occupation moyen est de 121 %, mais il peut atteindre 200 à 250 % dans certaines maisons d'arrêt.

Dans le cadre d'un programme mis en place par les précédents gardes des Sceaux, six établissements d'une capacité totale de 4 000 places devraient être livrés d'ici à 2005. Cependant, aucune augmentation significative du nombre de places n'est à attendre car leur livraison s'accompagnera de la fermeture d'établissements vétustes. Par ailleurs, la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002¹ prévoit un nouveau programme de construction qui comportera 11 000 places, dont 7 000 consacrées à l'augmentation du parc et 4 000 au remplacement de places obsolètes.

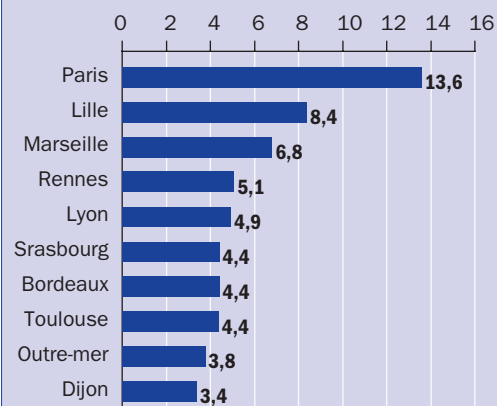
Un profil démographique et social très différent de celui de la population générale

La population incarcérée est masculine à plus de 95 % et bien qu'on observe un vieillissement depuis une vingtaine d'années, en raison notamment de l'allongement des peines et de l'augmentation de la population plus âgée des délinquants sexuels, elle reste une population jeune en comparaison de la population générale (figure 3).

Ce sont les hommes âgés de 18 à 24 ans qui sont les plus susceptibles d'aller en prison [5]. À l'arrivée en détention, la proportion de cette classe d'âge est six

figure 2

Répartition des détenus selon les régions pénitentiaires en avril 2003 (en milliers)



Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

fois plus élevée que dans la population générale (29 % contre 4,9 %). Globalement, en France métropolitaine, le taux annuel d'entrée en prison s'élève à 1,5 pour 1 000 personnes âgées de 13 ans et plus. Il atteint 7,5 pour 1 000 hommes âgés de 18 à 24 ans et 5,2 pour 1 000 hommes âgés de 25 à 39 ans.

À l'arrivée en prison, 17,5 % des entrants disent ne pas avoir de protection sociale. Cette population non affiliée apparaît comme une population plutôt jeune, le plus souvent sans activité professionnelle, disposant de revenus faibles et comportant une forte proportion d'étrangers. 5 % se déclarent sans abri, 10 % hébergés dans un domicile précaire.

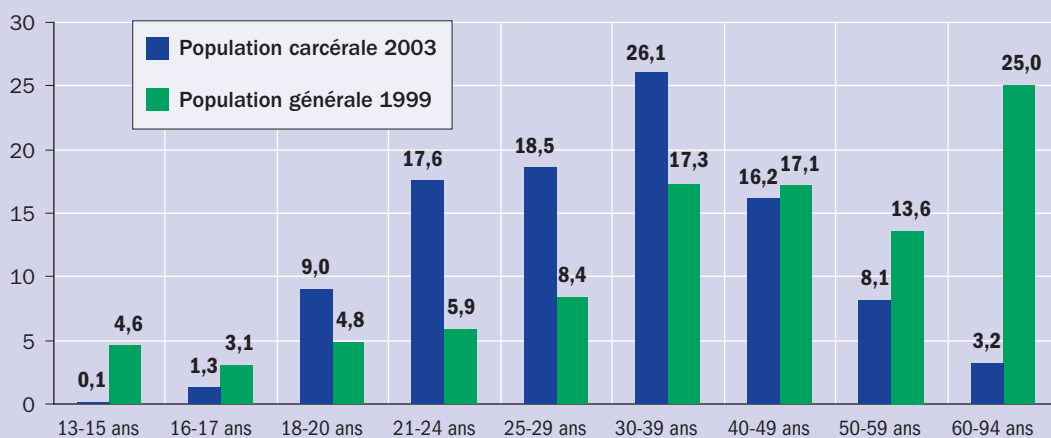
En avril 2003, selon les statistiques de l'administration pénitentiaire, plus de 11 % des personnes détenues se déclarent illettrées.

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 54.

1. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

figure 3

Structure comparée par tranche d'âge de la population carcérale et de la population générale (en pourcentage d'effectifs)



Sources : direction de l'Administration pénitentiaire, Insee.

L'allongement général des peines contribue de façon mécanique au vieillissement de la population pénale. Par ailleurs, la très forte augmentation des condamnations pour crimes ou délits sexuels concernait en 2000 près de la moitié des hommes détenus de plus de 50 ans, contre 21 % dix ans plus tôt [6].

L'histoire familiale des détenus

À l'occasion du recensement général de la population de 1999 et dans le cadre de l'étude de l'histoire familiale conduite sur un échantillon de 400 000 personnes, l'Insee a pour la première fois réalisé une enquête spécifique sur l'histoire familiale de 1 700 hommes adultes incarcérés en maisons d'arrêt ou centres de détention [7].

Les résultats montrent que les hommes des classes populaires sont fortement surreprésentés parmi les détenus. Ils ont en général fait des études plus courtes : plus du quart ont quitté l'école avant 16 ans, les trois quarts avant 18 ans. Un détenu sur sept n'a jamais exercé d'activité professionnelle et un sur deux est ou a été ouvrier, contre un sur trois dans l'ensemble de la population.

La profession des parents confirme la surreprésentation des classes de faible revenu : 47 % des pères et 31 % des mères sont ouvriers. Plus de la moitié (54 %) des mères sont inactives. La relation entre les détenus et leurs parents est fragile : un détenu sur sept est parti du domicile familial avant 15 ans, un sur deux avant 19 ans (soit trois ans de moins que pour l'ensemble des hommes), 80 % avant 21 ans.

Les hommes nés à l'étranger sont plus nombreux en prison que dans l'ensemble de la population, 24 % contre 13 %, mais il faut savoir que le séjour irrégulier en France est en soi un motif d'incarcération pour des populations récemment immigrées.

Moins de la moitié des détenus déclarent vivre en couple, et 27 % vivent seuls après une rupture (contre 11 % de l'ensemble des hommes âgés de 20 à 49 ans). Le risque de rupture est très important au moment de l'incarcération : il concerne 11 % des détenus qui vivaient alors en couple ; 20 % des unions sont rompues la première année, 25 % dans les deux ans, 36 % dans les cinq ans.

Les détenus indigents

De nombreux détenus, on l'a vu, intègrent la prison en situation de précarité. Outre la perte des revenus du travail, la précarité en détention peut aussi résulter de la perte du soutien familial, de l'impossibilité de travailler dans certains établissements d'accueil, de la suppression de prestations perçues en milieu libre : le RMI (au-delà de 60 jours d'incarcération), les allocations chômage, l'allocation de solidarité spécifique. Pour les personnes dépendantes, l'attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) bute sur la notion de domicile — la prison n'en est pas un.

Les détenus dont les ressources propres sont infé-

rieures à 30 euros par mois reçoivent l'aide aux détenus indigents allouée par l'administration pénitentiaire selon les décisions arrêtées par la commission d'indigence de l'établissement (45 euros mensuels maximum), à laquelle vient parfois s'ajouter la fourniture gratuite d'équipements habituellement en location : télévision et réfrigérateur (respectivement environ 15 et 10 euros par mois).

En termes de prestations sanitaires, les dépassements pour les appareillages restent à la charge des personnes détenues. L'entrée en vigueur de la CMU complémentaire pour les plus démunis, en principe avant 2004, devrait contribuer à améliorer la situation.

Pour reprendre les termes du rapport du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires [8], « cette population arrive en situation d'échec : échec du système scolaire, échec du milieu familial, échec du système économique ».

Des risques accrus vis-à-vis de certaines pathologies ou déterminants de santé

Il n'existe pas d'enquête épidémiologique nationale sur l'état de santé de la population incarcérée, ni a fortiori sur celle des personnes qui sortent de détention. Cependant, l'enquête nationale sur la santé des personnes qui entrent en prison menée en 1997 par la direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées permet d'approcher l'état de santé de cette population².

Menée dans 135 établissements pénitentiaires sur une période de un à trois mois selon la taille de l'établissement, cette enquête a permis de collecter 8 728 fiches de recueil de données épidémiologiques sur les 10 171 entrants dans la période d'enquête, correspondant à un taux de couverture de 86 % [5].

L'état de santé général apprécié lors de l'examen clinique d'arrivée est jugé bon pour 77 % des entrants, franchement mauvais pour 1,6 %. Plus de la moitié des entrants ont besoin de soins dentaires, dont 2,6 % de soins urgents.

Cependant, les traitements médicamenteux en cours déclarés à l'entrée font apparaître des maladies dont la prise en charge doit se poursuivre en prison. Hormis les problèmes de santé mentale, il s'agit le plus souvent d'asthme (3,7 %), de maladies cardio-vasculaires (2,3 %) et d'épilepsies (1,3 %).

46 % des entrants disent avoir fait un test de dépistage du sida avant leur incarcération et 1,7 % être séropositifs, 38 % de ces derniers ayant un traitement en cours par antirétroviraux. Un entrant sur quatre dit avoir fait un test de dépistage de l'hépatite B, un sur cinq de l'hépatite C, les taux de séropositivité déclarés pour ces pathologies s'élevant respectivement à 2,3 % et 4,4 %. 14 % des personnes arrivant en prison déclarent

2. Cette enquête vient d'être renouvelée, les résultats seront publiés en 2004.

La violence contre soi-même

La violence contre soi-même, ce sont tous les phénomènes auto-agressifs dont la plus parfaite image est le suicide qui atteint, en milieu carcéral, sept fois le taux de la population générale. Ce taux extrêmement important a généré de multiples réflexions. Les PRAPS s'en sont occupé, l'administration pénitentiaire a créé des cellules de réflexion, a mis en œuvre une politique de prévention qui a été largement diffusée, installant des équipes spécialisées, en postes fixes, dans les lieux repérés comme étant particulièrement suicidogènes :

- la « case arrivée »,
- la mise au quartier disciplinaire.

Le quartier disciplinaire est habituellement pris en charge par des surveillants en poste fixe, mais on constate que toutes ces mesures

n'ont absolument pas fait diminuer le nombre de suicides en prison et une récente mission confiée au P^r Jean-Louis Terra, psychiatre à Lyon, cherche de nouveau à être innovante dans ce domaine.

Cette politique de prévention a plusieurs aspects intéressants, en particulier de par le fait qu'elle a, semble-t-il, bien ciblé les temps et les lieux où cette violence contre soi-même s'opère.

Mais l'abord psychologique du détenu qui va se donner la mort, n'a bien entendu encore jamais pu être fait (on a parlé d'autopsie psychique !) et il faut rechercher dans d'autres domaines, en particulier le moment de la coupure, au début de l'incarcération, avec la famille ; lors de la mise au quartier disciplinaire, avec les codétenus, des raisons permettant de s'expliquer et de prévenir si possible

le suicide. Il y a probablement des pistes non encore explorées à mettre en œuvre pour essayer de faire diminuer le taux de suicides en milieu carcéral.

Actuellement cette politique, il faut le reconnaître, est en échec. Les chiffres, même corrélés à l'augmentation importante du nombre de détenus, parlent d'eux-mêmes. Mais il n'y a pas que le suicide : un grand nombre d'automutilations, en particulier des coupures sur les membres ; sont autant de gestes de violence contre soi-même, violence qui vient traduire manifestement une impossibilité de communiquer, une impossibilité de dire le malaise, tant le malaise intérieur à la prison, le fait d'être incarcéré, mais aussi le malaise que peuvent ressentir des personnes qui n'ont plus d'action sur l'extérieur. #

Pierre-Yves Robert
Médecin,
responsable médical
de l'UCSA du centre
pénitentiaire de
Nantes

avoir été vaccinées contre l'hépatite B, et 3,7 % des déclarés séropositifs pour l'hépatite C disent avoir un traitement en cours par interféron.

Pour le VIH, l'enquête de la Drees effectuée un jour donné en 1998 fait apparaître une baisse significative du taux de détenus infectés par le VIH et connus des services médicaux (5,79 % en 1990, 1,56 % en 1998). Parmi les 866 personnes détenues atteintes par le VIH en juin 1998, 19,1 % étaient au stade du sida, 21,1 % présentaient une forme symptomatique de la maladie et 59 % une forme asymptomatique de l'infection.

Dans un rapport remis en 2000, la mission santé/justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, se fondant sur des travaux de l'Institut de veille sanitaire (InVS), estime que la prévalence du VIH est trois fois supérieure et celle du VHC de quatre à cinq fois supérieure parmi la population détenue à celle constatée en milieu libre. Ces prévalences sont à mettre en relation avec la forte proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse incarcérés [9].

S'agissant de la santé mentale, 8,8 % des entrants déclarent avoir été régulièrement suivis par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier psychiatrique ou avoir été hospitalisés en psychiatrie dans les douze mois précédant l'incarcération et, parmi eux, près de six sur dix ont un traitement en cours par psychotropes.

D'après une seconde enquête de la Drees effectuée en juin 2001 dans les SMPR auprès de 2 300 entrants, 55 % d'entre eux présentaient au moins un trouble psy-

chiatric (55 % de troubles anxieux, 54 % de troubles addictifs, 42 % de troubles psychosomatiques) et 20 % avaient déjà été suivis par le secteur de psychiatrie [10].

Par ailleurs, la population carcérale est fortement touchée par les différentes formes d'addiction. Sur cinq personnes arrivant en prison, près de quatre fument et près d'une consomme quotidiennement plus de vingt cigarettes.

La proportion de fumeurs est plus élevée avant 40 ans : environ quatre entrants sur cinq contre seulement deux sur trois entre 40 et 59 ans et un sur trois à partir de 60 ans.

Un tiers des entrants déclare une consommation excessive d'alcool, définie comme égale ou supérieure à cinq verres par jour ou égale ou supérieure à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois.

32,2 % déclarent une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'incarcération — en 1997, 20 % des condamnations sont liées aux infractions à la législation sur les stupéfiants. 12 % déclarent avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie, 7 % recourir à un traitement de substitution (neuf fois sur dix par Subutex®).

17 % déclarent un traitement en cours par médicament psychotrope, le plus souvent par anxiolytiques ou hypnotiques.

28 % des entrants déclarent au moins deux consommations à risque cumulées, l'association la plus

fréquente (13,5 %) concernant l'alcool et les drogues illicites. 30 % des consommateurs de drogues dures fument plus de vingt cigarettes par jour et 43 % ont une consommation excessive d'alcool.

Les mineurs, dont l'état général est jugé bon dans 95 % des cas, sont cependant eux aussi touchés par les consommations à risque : 79 % déclarent une consommation tabagique, et 6,7 % plus de 20 cigarettes par jour. 16 % déclarent avoir une consommation excessive d'alcool. 27 % ont eu recours aux drogues illicites de façon habituelle dans les douze mois précédant l'incarcération. Pour 24 %, il s'agit de cannabis, mais près de 4,8 % disent avoir régulièrement utilisé de l'héroïne, de la morphine ou de l'opium, assez rarement (1,4 %) par voie intraveineuse. Enfin, 4,5 % des mineurs arrivant en détention suivent un traitement par psychotropes et 9,1 % déclarent avoir eu un suivi régulier ou une hospitalisation en psychiatrie au cours de l'année précédente.

D'après l'enquête HID-prisons, extension de l'enquête Handicaps Incapacités Dépendances réalisée par l'Insee en 1998 et 1999, plus de trois personnes détenues sur cinq déclarent être confrontées dans leur vie de chaque jour à des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales liées à des problèmes de santé [11].

Une personne détenue sur deux souffre soit de troubles du comportement ou de l'orientation dans le temps et dans l'espace (39,4 % contre 13,2 % dans la population générale), soit de troubles sensoriels (17,3 % contre 5,7 %), soit d'au moins une incapacité, définie comme la difficulté ou l'impossibilité de réaliser des actes élémentaires comme s'habiller, se lever, parler, etc.

Une personne détenue sur dix déclare avoir besoin d'une aide humaine ou matérielle ; ce besoin n'est satisfait que dans un cas sur trois.

Les conditions de vie en détention sont elles-mêmes pathogènes

Dans des rapports récents, les commissions d'enquête de l'Assemblée nationale [12] et du Sénat [8] et l'Igas [6] ont rappelé ce que les professionnels de santé exerçant en prison ne cessent de dénoncer : les conditions d'accueil en détention constituent encore le plus souvent une atteinte fondamentale aux droits élémentaires des personnes incarcérées, et un obstacle majeur à l'implantation d'une démarche de santé publique.

En termes d'environnement physique, la vétusté et parfois l'insalubrité d'un nombre important d'établissements, l'exiguïté des cellules, les mauvaises conditions d'hygiène (trois douches hebdomadaires, des toilettes parfois isolées par un simple muret) sont autant de facteurs péjoratifs que la surpopulation vient aggraver par la promiscuité (à la maison d'arrêt de Nantes, par exemple, sept personnes cohabitent dans des cellules dont la surface ne dépasse pas 20 mètres carrés, et la septième doit dormir sur un matelas posé à même le sol).

Par ailleurs, la privation d'intimité, la déresponsabilisation de l'individu sur laquelle est construite l'organisation de la vie en prison, et la dépendance qu'elle génère, les violences envers les plus faibles que permet et exacerbe la promiscuité vont à l'encontre de l'objectif affiché par l'administration pénitentiaire de réinsérer les personnes détenues, et ont des effets délétères sur leur santé physique et mentale.

Elles favorisent notamment les comportements à risque : tabagisme, surconsommation médicamenteuse, prise de drogues illicites introduites en prison.

Elles conduisent parfois au suicide : le nombre de ceux-ci a considérablement augmenté au cours des vingt dernières années, passant de 39 en 1980 à 122 en 2002 (le point culminant étant de 138 suicides en 1996). Rapporté à l'effectif moyen de cette population, le taux de suicides est passé entre 1980 et 2002 de 10 à 22,8 pour 10 000. Le risque de passage à l'acte est particulièrement important dans les 48 heures qui suivent l'incarcération. Le quartier disciplinaire constitue également un lieu à haut risque. Contrairement à ce que l'on observe dans la population générale, le fait d'avoir une famille, son conjoint ou des enfants est un facteur de risque en détention : ce sont « ceux qui ont le plus à perdre » qui se suicident en prison³.

Les équipes hospitalières qui prennent en charge cette population spécifique doivent donc disposer de savoir-faire particuliers pour mener à bien leurs missions. #

3. In circulaire DGS/SD6C n° 2002-258 du 6 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.

Le dispositif de prise en charge

La prise en charge sanitaire des détenus est confiée au service public hospitalier. 26 services médico-psychologiques régionaux et 189 unités de consultations et de soins ambulatoires interviennent dans les établissements pénitentiaires dans des conditions autonomes. Des difficultés sont sans cesse à surmonter : consultations à l'extérieur de la prison, articulation avec les personnels de surveillance, respect des règles d'éthique.

Geneviève Guérin
Secrétaire général
adjoint du
Haut Comité de la
santé publique

Les missions imparties au service public hospitalier visent une prise en charge globale des personnes détenues, afin de leur permettre d'accéder à une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population.

En 2003, 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et 189 unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) desservent l'ensemble des établissements pénitentiaires à l'exception des centres de semi-liberté.

Les missions des UCSA s'organisent autour de quatre grands axes.

■ Les soins en milieu pénitentiaire qui comprennent :

- l'ensemble des prestations de médecine générale (visites et consultations médicales, notamment la visite médicale d'entrée qui permet d'établir le bilan de santé de la personne incarcérée),
- la fourniture des produits à usage médical, ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé,
- l'activité de soins infirmiers, incluant la distribution des médicaments,
- les soins dentaires,
- les consultations spécialisées techniquement réalisables sur place : gastro-entérologie, radiologie,

Les services médico-psychologiques régionaux

Les SMPR sont des secteurs psychiatriques à part entière. Ils sont détachés d'un hôpital psychiatrique ou général au sein d'un établissement pénitentiaire, plus souvent maison d'arrêt qu'établissement pour peine. Ils sont aujourd'hui 26 en France pour 186 établissements pénitentiaires. Leur personnel est constitué de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'assistants sociaux et de secrétaires. Ils ont

pour mission d'organiser l'accueil des arrivants afin de dépister les pathologies mentales, d'assurer les soins psychiatriques, d'organiser le suivi psychiatrique de la population post-carcérale. Ils assurent également une mission de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Enfin, ils coordonnent les soins psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires alentour.

Les prisons qui ne sont pas dotées

de SMPR dépendent du secteur psychiatrique sur lequel elles sont implantées. Le chef de service du secteur a alors la responsabilité d'organiser des consultations dans l'établissement concerné. De ce fait, le temps médical est moindre et les prises en charge souvent plus ponctuelles. #

Cyrille Canetti
Psychiatre, SMPR
de Fleury-Mérogis

dermatologie, cardiologie, psychiatrie, psychologie, kinésithérapie (si la population détenue est faible, ces consultations peuvent être assurées dans l'établissement de santé),

- les examens de laboratoire, effectués sur place ou par l'établissement de santé,
- la permanence des soins en dehors des heures de présence du personnel soignant.

■ L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé de proximité pour des consultations ou examens nécessitant le recours à son plateau technique, ainsi que pour des hospitalisations urgentes ou d'une durée inférieure à 48 heures (les autres hospitalisations ont lieu à Fresnes, elles relèveront prochainement de huit unités hospitalières sécurisées interrégionales – UHSI).

■ La préparation du suivi sanitaire à la sortie, en liaison avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.

■ La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et l'élaboration, en accord avec les partenaires concernés (établissement pénitentiaire, services de l'État, conseil général, autres collectivités, organismes d'assurance maladie, associations), d'un programme annuel et pluriannuel de prévention et d'éducation pour la santé.

Moyens financiers et humains

Pour permettre aux établissements de santé concernés de faire face à ces missions nouvelles en milieu pénitentiaire, et donc à des charges nouvelles, le ministère de la Santé a ouvert en 1994 une enveloppe nationale de 393 millions de francs (67 millions d'euros) pour financer les dépenses de fonctionnement, de personnel et d'équipement des UCSA et pour compléter le dispositif de prise en charge médico-psychologique existant (SMPR).

Parallèlement, le ministère de la Justice a investi environ 80 millions de francs (13,6 millions d'euros) dans la rénovation des locaux de soins dans les établissements pénitentiaires [13].

Les moyens humains accordés aux UCSA ont été définis en fonction des grilles de référence indicatives figurant dans le guide méthodologique¹ annexé à la circulaire du 8 décembre 1994, selon deux critères.

● Le type d'établissement : maisons d'arrêt ou établissements pour peine, les premières nécessitant des moyens plus conséquents en raison d'importants flux d'entrée.

● La catégorie de personnel : les temps alloués sont exprimés en équivalents temps plein (ETP) et par tranches de 100 détenus pour les médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, spécialistes, infirmiers et préparateurs en pharmacie, et de 200 détenus pour les pharmaciens et secrétaires médicales (les temps d'intervention spécialisée incluent, outre les médecins

spécialistes, les masseurs kinésithérapeutes et les manipulateurs en électroradiologie).

Dès 1996, un premier bilan des conditions pratiques de la mise en œuvre du dispositif a été effectué par la direction générale de la Santé [14]. Établi à partir des synthèses régionales réalisées par les services déconcentrés des ministères de la Santé et de la Justice, il a montré que les moyens attribués aux hôpitaux avaient été effectivement consacrés à la mise en place des UCSA et mis en évidence une amélioration certaine de la qualité des soins dans les établissements pénitentiaires : visite médicale d'entrée généralisée, renforcement notable des prestations de médecine générale et de soins infirmiers, développement des consultations spécialisées sur place, distribution des médicaments par le personnel soignant, permanence des soins pour les urgences.

Ce bilan soulignait cependant l'insuffisance des moyens en personnel, notamment pour les chirurgiens dentistes, les infirmières et les secrétaires médicales, et des difficultés de recrutement dans certaines spécialités médicales et paramédicales : dermatologie, ophtalmologie, psychiatrie, massage kinésithérapie.

À la suite de ce bilan, les moyens ont été régulièrement renforcés (tableau 1).

En 1993, les crédits affectés à la prise en charge sanitaire des détenus (y compris les frais d'hospitalisation) étaient d'un montant équivalant à 52 millions d'euros 2002. On peut donc mesurer l'importance de l'effort financier développé par l'État en quelques années, puisque les moyens consacrés en 2002 aux seuls soins en milieu pénitentiaire ont été multipliés par 2,6 (figure 1).

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 54.

tableau 1

Évolution 1994-2002 des crédits alloués par la DHOS aux établissements de santé pour les UCSA (personnels et fonctionnement) en millions de francs (millions d'euros)*

Année	Soins somatiques	Soins psychiatriques	Toxicomanie	Total enveloppe	
				millions de F	millions d'euros
1994	333 (56,8)	60 (10,2) (60 MF antérieurs pour SMPR)		453,0	77,3
1995				474,2	79,6
1996			10 (1,58)	494,1	81,3
1997	40 (6,5)			538,1	87,5
1998		60 (9,7)		610,1	103,3
1999				623,7	100,1
2000				636,0	100,5
2001	Reprise des 21 sites du Programme		13 000	784,3	121,9
2002	+4,57 et +6,29 millions d'euros pour les établissements		13 000		134,5

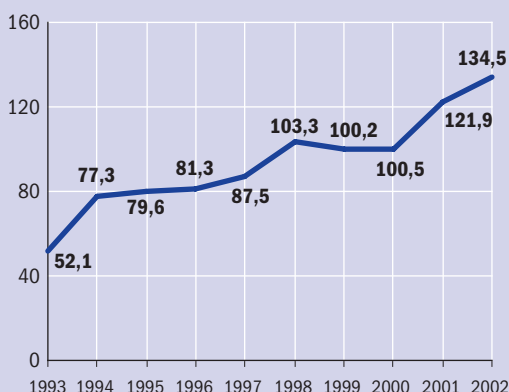
* Conversion en euros 2002, cf. note 1 p. 18.

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

1. Ce guide méthodologique est en cours d'actualisation.

figure 1

Évolution des crédits entre 1993 et 2002 (en millions d'euros valeur 2002)



Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

Ces crédits ont été fléchés — c'est-à-dire spécifiquement destinés aux hôpitaux assurant les soins en prison — dans l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) jusqu'en 2002. Ils sont depuis 2003 intégrés dans les « mesures de santé publique », à charge pour les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de les répartir en fonction des besoins.

L'augmentation des moyens en personnels permise par la progression de ces crédits est présentée dans le

tableau 2 (qui concerne à la fois les UCSA et les SMPR pour les soins psychiatriques).

Les effectifs ont progressé pour l'ensemble des postes, en ETP budgétés et rémunérés. Cependant l'offre de soins effective est partout inférieure à celle qui était budgétée, soit que les établissements de santé aient affecté à d'autres services les postes prévus pour les UCSA et les SMPR, soit que ces postes n'aient pas été pourvus.

Organisation

Les UCSA sont des unités fonctionnelles placées sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier, et hiérarchiquement rattachées à un chef de service de l'établissement de santé. Il s'agit le plus souvent de services de médecine, mais on compte aussi des services d'urgence, de gastro-entérologie et, de façon plus surprenante, de médecine légale. (Ce dernier rattachement semble en effet source potentielle de difficultés au regard des règles déontologiques : on peut se demander si le même service est en mesure, sans risque de conflit d'intérêts, de prendre en charge à la fois la victime et son agresseur, et d'intervenir éventuellement comme expert, en cas de contentieux avec les détenus ou d'autopsie des personnes décédées en prison).

Les équipes hospitalières ont parfois gardé, dans des proportions variables, des médecins (peu nombreux) et des infirmiers qui intervenaient en prison avant 1994 et qui se sont vu proposer d'intégrer la fonction hospitalière. Elles sont cependant majoritairement constituées de professionnels de santé directement recrutés par les établissements de santé au sein de leur personnel.

Parmi les motivations de ces derniers à venir travailler en milieu carcéral, l'aspiration à exercer une médecine plus globale que celle que permet une activité strictement hospitalière, l'anesthésie ou l'urgence par exemple, est citée. D'autres facteurs liés aux conditions de travail ont pu également parfois intervenir, notamment, pour le personnel infirmier, la garantie d'avoir des services de jour difficiles à obtenir en milieu hospitalier.

Une implantation autonome

Les UCSA constituent au sein de l'établissement pénitentiaire des zones de soins autonomes dont l'aménagement récent offre souvent un contraste important avec la médiocre condition des bâtiments qui les accueillent. Cette configuration, qui manifeste la présence du service public hospitalier au sein de la prison, et son indépendance, ne va pas sans susciter parfois des difficultés dans les relations avec l'administration pénitentiaire.

Pour autant, les UCSA ne bénéficient pas, loin de là, de l'espace et des conditions d'accès nécessaires à la fréquentation quotidienne de plusieurs dizaines de patients. Ces contraintes trouvent leur origine dans le fait que, compte tenu de la surpopulation pénale et des moyens limités de l'administration pénitentiaire, seul un dixième des mille places de détention qui auraient

tableau 2

Évolution entre 1997 et 2001 des moyens en personnels hospitaliers des UCSA et SMPR en équivalents temps plein

Personnels	Équivalents temps plein	1997	2001	Évolution
Soins somatiques				
Médicaux	Budgétés	209,28	265,23	26,7 %
	Ratio pour 100 détenus	0,48	0,56	16,7 %
	Rémunérés	199,99	257,31	28,7 %
	Ratio pour 100 détenus	0,46	0,54	17,4 %
Non médicaux	Budgétés	644,74	938,02	45,5 %
	Ratio pour 100 détenus	1,49	1,98	32,9 %
	Rémunérés	636,86	910,20	42,9 %
	Ratio pour 100 détenus	1,47	1,92	30,6 %
Soins psychiatriques				
Médicaux	Budgétés	123,91	172,57	39,3 %
	Ratio pour 100 détenus	0,29	0,36	24,1 %
	Rémunérés	114,31	146,10	27,8 %
	Ratio pour 100 détenus	0,26	0,31	19,2 %
Non médicaux	Budgétés	422,98	581,37	37,4 %
	Ratio pour 100 détenus	0,98	1,23	25,5 %
	Rémunérés	394,32	561,82	42,5 %
	Ratio pour 100 détenus	0,91	1,19	30,8 %

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

Exemple : l'UCSA de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy

L'UCSA de Bois-d'Arcy (Yvelines), maison d'arrêt pour hommes construite en 1979, accueille de 900 à 1 000 détenus.

Ressources humaines

- un généraliste temps plein*, deux généralistes temps partiel, une vacation hebdomadaire de généraliste, deux vacations mensuelles d'ophtalmologiste, une vacation hebdomadaire de dermatologue, une vacation mensuelle de gastro-entérologie (et fibroscopie), deux chirurgiens dentistes temps partiel ;
- un cadre infirmier* ;
- dix infirmières ;
- un manipulateur radio à trois quarts temps ;

- deux préparatrices en pharmacie ;
- une secrétaire médicale ;
- un agent administratif à mi-temps.

Locaux

300 m² comportant trois bureaux de consultation, une salle d'urgence dotée de matériel de réanimation, quatre salles de soins et prélèvements biologiques, une salle de radiologie, un secrétariat, une pharmacie « centrale », une salle de staff et de détente, deux bureaux administratifs (chef de service et cadre infirmier).

Desservis par un escalier étroit rendant difficile l'accès des patients handicapés et le brancardage.

Fonctionnement

De 8 heures le matin à 18 heures le soir du lundi au vendredi et de 8 heures le matin à 16 heures le samedi, avec une astreinte téléphonique infirmière les dimanches et jours fériés.

- Consultations médicales et dentaires quotidiennes du lundi au samedi inclus ;
- Consultations d'ophtalmologie, dermatologie et kinésithérapie hebdomadaires, fibroscopie digestive et CISIH bimensuelles. #

* Ils assurent également des fonctions d'encadrement à l'UCSA de la maison d'arrêt de Versailles.

été nécessaires au respect des normes hospitalières d'installation initialement définies a finalement pu être dédié aux nouvelles unités [13].

Fonctionnement

Les soins aux personnes détenues sont généralement dispensés à partir de 8 heures du matin jusqu'à 18, voire 19 heures le soir. Dans l'ensemble des établissements il existe une permanence de soins infirmiers une partie du samedi et une astreinte téléphonique infirmière pendant les dimanches et jours fériés. La question de la permanence des soins en urgence est abordée plus loin.

Selon que l'UCSA se trouve en maison d'arrêt ou en établissement pour peine, son fonctionnement présente des caractéristiques différentes.

Pour l'équipe hospitalière des maisons d'arrêt, où les entrées et sorties sont très fréquentes, il faut gérer un flux considérable de patients et initier des traitements tout en sachant qu'ils ne pourront peut-être pas être menés à terme.

Dans les établissements pour peine, la population est plus stable donc plus facile à suivre au long cours, elle est aussi souvent plus âgée, atteinte de pathologies somatiques chroniques et, en maisons centrales, d'affections psychiatriques graves.

Les contraintes du milieu carcéral

Un certain nombre de contraintes liées à l'environnement pénitentiaire singularise le fonctionnement des UCSA par rapport à celui d'une unité hospitalière classique.

Une unité à part pour l'hôpital

Les liens de l'UCSA avec le service hospitalier de rat-

tachement sont fréquents, surtout s'il s'agit du service des urgences (les médecins des UCSA y prennent des gardes), et généralement de bonne qualité. Selon le Dr Anne Galinier-Pujol², qui exerçait en prison avant la réforme, cependant, le nouveau dispositif a fait de l'UCSA, aux yeux de l'administration pénitentiaire, un prestataire comme les autres (par exemple le corps enseignant), tandis que l'hôpital ne la considère pas comme une unité fonctionnelle prioritaire.

L'incertitude des plannings

Parloir, audience chez un magistrat, transfert vers un autre établissement pénitentiaire, autant d'événements de la vie des personnes détenues qui interfèrent avec la prise en charge sanitaire, et dont le médecin n'est pas informé ou informé trop tardivement.

En effet l'emploi du temps des personnes détenues leur reste largement inconnu, ce qui a pour conséquence l'annulation de consultations de généralistes, mais aussi de consultations de spécialistes qui ne viennent que périodiquement à l'UCSA. Il en va de même pour des consultations hospitalières parfois fixées plusieurs semaines à l'avance, ce qui provoque l'incompréhension des services concernés.

Les transferts de patients vers d'autres établissements pénitentiaires peuvent ainsi compromettre à tout moment les prises en charge au long cours.

Il arrive aussi que la défection soit provoquée par un refus de soins de la personne détenue.

Par ailleurs, l'accès aux consultations spécialisées et au plateau technique de l'hôpital de référence pose

[suite page 32](#)

2. Médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes.

Le rôle des infirmiers dans les prisons

Il existe une véritable spécificité de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral pour les infirmier(ère)s du service public hospitalier.

La loi du 18 janvier 1994 a confié la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier, et la circulaire du 8 décembre 1994 a posé comme objectif d'assurer à la population carcérale une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population.

C'est ainsi que les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont vu le jour.

Des équipes soignantes hospitalières ont alors été formées pour prendre en charge les personnes incarcérées dans leur globalité, c'est-à-dire en tenant compte de la dimension curative, relationnelle, préventive et éducative du soin. L'infirmier(ère) a découvert une population en grande souffrance physique et morale, et a dû apprendre à articuler habilement chacune de ces dimensions afin d'améliorer la qualité des soins et d'offrir aux détenus un sentiment de mieux-être.

Pour exercer en milieu pénitentiaire, le soignant doit avoir acquis de bonnes aptitudes techniques afin de pouvoir répondre à des demandes très variées sur le plan somatique.

Il doit assurer tous les soins prescrits par le médecin lors des consultations, suivre de façon journalière certains patients à risques (exemple : surveiller des suites post-opératoires, prendre en charge les grévistes de la faim ...) et surtout répondre à toutes les demandes ponctuelles d'accès aux soins formulées par les détenus eux-mêmes.

De plus, l'infirmier(ère) doit avoir une parfaite connaissance des gestes d'urgence. Il doit être apte à secourir toute personne en danger vital, en présence ou en l'absence du médecin. Il a pour cela à sa disposition un matériel de réanimation



Maison d'arrêt de Nantes.

et des protocoles signés par le médecin responsable du service. C'est pourquoi une bonne maîtrise de soi et une bonne méthodologie dans la réalisation de ces actes sont absolument indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) auprès de la population carcérale.

L'arrivée de l'UCSA dans les prisons a également modifié le mode de préparation et de distribution des médicaments. Cela a permis aux professionnels de santé de prendre en charge totalement ce domaine, et de ce fait, de dégager de cette mission les surveillants pénitentiaires, qui en avaient la responsabilité avant 1994.

Il est fini le temps des petites fioles qui contenaient tout le traitement des 24 heures. Désormais, l'infirmier(ère) prépare des piluliers qu'il distribue de façon journalière ou hebdomadaire. Chaque patient reçoit son traitement individuellement dans sa cellule. C'est dans la journée un moment important d'échange entre le soignant et le soigné.

Un temps privilégié est consacré aux détenus substitués par Subutex® ou méthadone. En effet ces patients sont appelés chaque

matin à l'infirmierie pour recevoir leur traitement.

L'infirmier(ère) a également un rôle très important dans l'accueil des « détenus arrivant ». Une personne incarcérée pour la première fois arrive souvent dans un état de détresse extrême et demande à être reçue rapidement par le service médical. L'infirmier procède alors à l'établissement d'une « fiche infirmière ». Ce premier contact avec le détenu permet de le mettre en confiance, et surtout de lui faire comprendre que son mal-être et sa santé vont être pris en compte. C'est aussi un moment où le soignant doit pouvoir dépister une fragilité physique ou psychologique qui pourrait mettre le nouvel arrivant en danger, et s'il y a lieu en alerter l'administration pénitentiaire.

L'incarcération modifie énormément la perception individuelle de la douleur, qu'elle soit physique ou psychologique. C'est pourquoi l'infirmier(ère) a un rôle fondamental d'écoute, d'aide et de soutien. Lors des consultations, il n'accueille jamais un individu en tant que détenu, mais en tant qu'être humain avec son vécu et ses

Document réalisé par Evelyne Picherie au nom de l'équipe infirmière de l'UCSA de la maison d'arrêt de Nantes.

difficultés. Savoir écouter permet de mieux comprendre, de créer cette relation de confiance indispensable dans le soin, de signifier au patient qu'il peut être entendu, aidé, soigné et que la prison n'est plus ce lieu d'exclusion qu'il fut autrefois. Il est fréquent que ces quelques instants d'échange fassent réaliser que les maux décrits par le patient ne sont que la traduction d'un mal-être. Une relation d'aide individuelle est très souvent instaurée lors des consultations infirmières ; cela évite et remplace régulièrement la mise en place de traitements médicamenteux. Écouter, et tenir compte de la douleur de l'autre, c'est déjà permettre, surtout en prison, de traiter la moitié des symptômes. Reste maintenant à l'infirmier(ère) à bien connaître ses limites, à protéger ses propres affects et à garder suffisamment de distance, afin que la relation soignant-soigné demeure saine et efficace.

L'arrivée des UCSA au sein des prisons a également permis d'offrir aux détenus une meilleure prise en charge de leur santé. Elles ont proposé à chacun de nouveaux dépistages, par exemple des recherches



L'aide relationnelle est une dimension importante du soin, et fait partie de la prise en charge globale du patient.

sérologiques (VIH, hépatite B, hépatite C) ou, comme à la maison d'arrêt pour hommes de Nantes, un bilan de son état bucco-dentaire par la réalisation de panoramiques dentaires. Ainsi, de nouveaux moyens ont été mis en place, afin de permettre au personnel soignant d'exercer pleinement ses missions de prévention et d'éducation auprès de la population carcérale. Régulièrement, des ateliers de réflexion autour d'un thème ciblé sur la santé

sont proposés aux détenus. Le but est d'informer, d'éduquer, et surtout de laisser à chacun la possibilité de communiquer ses angoisses et ses interrogations.

Le rôle de l'infirmier(ère) au sein de ces groupes est en premier lieu de permettre un échange, mais aussi d'apporter un maximum de réponses à des problèmes liés à la santé. En dehors de ces rencontres, l'éducation du détenu se fait à chaque instant, que ce soit lors d'un soin à l'infirmierie ou tout simplement lors d'une conversation dans un couloir de la détention.

Les UCSA ont mis en œuvre de grands moyens afin d'améliorer l'état sanitaire des prisons. Elles ont voulu, avant tout, prouver que la santé est un droit pour tous. Les infirmier(ère)s hospitalier(ère)s y ont beaucoup collaboré en apportant leur technique dans le soin, l'initiation dans la nouvelle gestion des traitements médicamenteux, l'aide relationnelle dans l'écoute et leur capacité pédagogique. #

Soigner derrière les barreaux, c'est avant tout proposer la même qualité de soins qu'à l'extérieur, mais c'est aussi assurer le respect inhérent à la personne humaine



Les piluliers permettent une meilleure gestion dans la dispensation et dans la prise des traitements.

suite de la page 29 aux UCSA d'épineux problèmes d'organisation. Le guide méthodologique prévoit que les escortes sont de la compétence de l'administration pénitentiaire, excepté dans les petits établissements qui ne disposent pas du personnel et de l'équipement en véhicules nécessaires. Ces escortes sont alors de la compétence des forces de l'ordre (police ou gendarmerie).

Les gardes statiques lors des hospitalisations relèvent des forces de l'ordre.

Les transferts de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé (aussi appelés « extractions ») nécessitent donc la coordination de trois partenaires différents :

- l'administration pénitentiaire,
- les forces de l'ordre qui accompagnent le détenu,
- l'établissement de santé.

Les deux premières accomplissent de mauvaise grâce ce qu'elles considèrent comme une prestation non prioritaire par rapport à leurs autres missions, et très coûteuse en temps de personnel (en 2000, plus de 116 000 heures de prise en charge tous services confondus, d'après la Direction de l'administration pénitentiaire).

Le personnel du centre hospitalier, de son côté, s'accommode mal des contraintes liées à la prise en charge de patients détenus : présence de personnes menottées en salle d'attente, demandes pressantes et répétées de passage prioritaire des surveillants désireux de regagner rapidement la sécurité de l'établissement pénitentiaire.

Le nombre limité d'escortes ainsi que le manque d'harmonisation entre les plages horaires des escortes pénitentiaires et des consultations hospitalières obligent les UCSA à supprimer des rendez-vous, et même des hospitalisations programmées, pour accorder la *priorité* aux soins les plus urgents, ce qui peut avoir pour conséquence une perte de chance pour les patients écartés.

L'articulation avec les professionnels pénitentiaires

Les premiers pas des UCSA dans les établissements pénitentiaires ont souvent été difficiles. L'arrivée de professionnels de santé investis d'un fort pouvoir symbolique, complètement indépendants de la hiérarchie pénitentiaire, peut-être désireux de bien le faire savoir, a souvent été vécue par les surveillants — qui participaient avant la réforme à la vie du service médical, distribuaient les médicaments, géraient l'agenda, parfois même les dossiers médicaux — comme une perte de pouvoir sur les personnes détenues et une relégation à la seule fonction de garde. S'estimant évincés, ils se sont souvent repliés sur des attitudes plus ou moins ouvertement hostiles.

Brimades, insultes des syndicats, « emprunt » de médicaments, consultation des dossiers médicaux, autant d'incidents qui ont émaillé les premières années de

cohabitation. Malgré une évolution assez disparate, il semble qu'un *modus vivendi* se soit progressivement installé et les relations entre les professionnels de santé et de surveillance sont assez souvent devenues cordiales.

L'introduction d'enseignements et de tables rondes sur la santé en prison dans la formation initiale de l'ensemble des professionnels pénitentiaires [15] a sans doute contribué à cette évolution : les nouvelles promotions arrivent en ayant déjà intégré la réforme de 1994, qui a, semble-t-il, été imposée à leurs aînés sans qu'une explication sur les enjeux leur permette de se l'approprier.

La collaboration au quotidien des professionnels de santé et des surveillants apparaît d'ailleurs incontournable : dans la mesure où ces derniers ont un rôle important en termes d'accès des patients au médecin, de surveillance au sein du service médical, de repérage des problèmes de santé des détenus, ils peuvent contribuer efficacement à l'amélioration de l'organisation des soins en détention.

Au sein de l'administration pénitentiaire, d'autres professionnels travaillent d'ailleurs d'ores et déjà en partenariat avec les équipes des UCSA. Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), créés en avril 1999, ont parmi leurs missions de faciliter l'accès des détenus aux droits sociaux, aux soins et à l'éducation pour la santé.

Par ailleurs, les chefs d'unité des actions sanitaires (CUAS) sont responsables, au niveau des directions régionales des services pénitentiaires, de toutes les questions se rapportant à la mise en place des soins et à la prévention, notamment les actions d'éducation pour la santé.

L'éthique des soins en prison

Les détenus sont des personnes comme les autres, et les médecins exerçant en milieu pénitentiaire sont soumis aux mêmes règles déontologiques que les autres. Ces deux principes sont rappelés dans un rapport sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire issu d'une concertation entre le Conseil national de l'Ordre et des médecins exerçant en prison [16].

« Les détenus sont des personnes comme les autres : ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination, ni en raison de leur détention ou de ses causes, ni en raison de leur marginalité. Au contraire, en tant qu'individus privés de liberté, ils doivent faire l'objet d'une attention spéciale, notamment si le médecin constate des sévices ou des mauvais traitements. [...] Les détenus — malades plus particulièrement, mais aussi ceux qui n'ont pas d'atteinte pathologique caractérisée — doivent pouvoir être suivis ou médicalement pris en charge aussi bien que d'autres personnes et bénéficier de mesures de prévention ou d'hygiène générale. [...] Le consentement du détenu aux soins est indispensable comme ailleurs, peut-être plus qu'ailleurs, pour éviter d'ajouter une contrainte

supplémentaire. [...] Le secret médical, d'intérêt public et privé, n'a aucune raison d'être moins respecté en milieu pénitentiaire, au contraire. [...]»

Les médecins doivent quant à eux observer les règles de la profession relatives notamment à l'indépendance, au secret professionnel, à la liberté de prescription, à l'information du patient et au recueil de son consentement.

L'application de ces principes ne va pas sans poser aux médecins des UCSA quelques difficultés, évoquées notamment sur le site internet du Collège des soignants en prison (www.penitentiaire.com).

- La non-discrimination qu'ils observent dans la prise en charge de leurs patients, dont ils ignorent le motif d'incarcération, est parfois source de tensions avec les professionnels de surveillance, dont certains estiment qu'ils sont mieux soignés que la population générale.

- Le contingentement des extractions peut les amener, on l'a vu, à sélectionner de fait parmi leurs patients ceux qui bénéficieront en priorité de la prise en charge hospitalière dont ils ont besoin.

- La détention en quartier disciplinaire, sanction du prétoire (tribunal interne siégeant en cas de conflit grave avec un surveillant), constitue pour certains médecins une atteinte à l'intégrité mentale et à la dignité des personnes détenues, et la visite bihebdomadaire qu'ils ont l'obligation d'effectuer dans ce cas leur apparaît comme une caution apportée à l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs, certains praticiens considèrent que les médecins des UCSA eux-mêmes doivent rester vigilants pour éviter la suradaptation au milieu pénitentiaire.

- En matière de secret médical par exemple, l'ancienne pratique des consultations en présence d'un surveillant en dehors de tout contexte de dangerosité persiste dans plusieurs établissements. De même, les demandes de consultation des personnes détenues, si elles sont le plus souvent remises au personnel infirmier ou déposées dans des boîtes relevées par celui-ci, transitent encore par les surveillants sur certains sites.

- Il arrive également que le dossier médical d'une personne transférée parvienne au médecin sous pochette plastique transparente, avec le diagnostic figurant en première de couverture.

- Par ailleurs, si l'ensemble des actes et des prescriptions est porté sur le papier à en-tête du centre hospitalier, les coordonnées de l'établissement pénitentiaire y figurent aussi quelquefois. Cette pratique peut être préjudiciable aux personnes détenues à leur sortie, en particulier aux prévenus dont certains bénéficieront d'un non-lieu, et on peut considérer qu'elle constitue une violation du secret professionnel. Le cachet du praticien ou le numéro de l'unité devraient suffire à assurer la traçabilité des actes et des prescriptions.

Certains remarquent enfin qu'en prison, les maladies n'appartiennent pas aux malades, mais aux médecins. L'avis des praticiens sur les besoins des patients n'est pas nourri par l'expression des besoins de ceux-ci, et

aucune association de patients ne joue, comme en milieu libre, le rôle d'interlocuteur avec lequel s'instaurent des échanges sur les modalités de prise en charge des pathologies. Le patient ne peut pas discuter son traitement, voire changer de praticien s'il l'estime nécessaire. L'expression du consentement aux soins devient alors une faculté toute relative, et la liberté de la personne détenue se résume au refus de soins. En prison, l'UCSA est l'unique interlocuteur de la santé des personnes détenues, c'est, selon l'expression du D^r Philippe Griguère³, « une instance maternelle dans une structure paternelle dure », qui doit sans cesse veiller à ne pas devenir une mère abusive. #

3. Médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Château-Thierry.

La prise en charge sanitaire

Les UCSA ont permis une amélioration quantitative et qualitative de l'accès aux soins des détenus ; des difficultés persistent cependant au niveau de la permanence des soins, insuffisamment assurée. La faible répartition de l'offre de soins psychiatriques spécialisés (26 SMPR) pose problème alors que la population incarcérée présente de nombreuses pathologies mentales.

Geneviève Guérin
Secrétaire général
adjoint du
Haut Comité de la
santé publique

Les données les plus récentes sur l'activité des UCSA émanent de l'enquête de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues, effectuée durant le premier trimestre 1997 [17]. La population pénale écrouée au 1^{er} février 1997 dans les établissements pénitentiaires concernés par la réforme¹ était de 43 226 personnes détenues.

Données d'activité

Cette enquête n'a pas été renouvelée depuis 1997, on ignore donc si les moyens supplémentaires qui ont été attribués depuis ont permis de réduire les disparités constatées entre les régions, s'ils ont effectivement permis aux UCSA de renforcer leur activité, et s'ils sont maintenant suffisants au regard des besoins.

Au cours du premier trimestre 1997, 153 285 consultations de médecins généralistes, spécialistes et chirurgiens dentistes ont été dispensées pendant les horaires de présence médicale prévus par le protocole (tableau 1).

Les consultations de suivi ou demandées par les personnes détenues représentaient la part la plus importante de l'activité de médecine générale des UCSA (tableau 2).

Les consultations de spécialistes (non psychiatres) hors UCSA s'élevaient (sur les trois mois d'enquête) à

9 267, dont 95 % en milieu hospitalier, le recours au cabinet libéral restant exceptionnel.

Les soins ou interventions en psychiatrie ambulatoire s'élevaient à 76 690 (tableau 3), les 26 établissements dotés de SMPR concentrant la majorité de l'activité en psychiatrie du parc pénitentiaire.

Par extrapolation, on peut estimer que le nombre annuel de consultations par détenu s'élevait en 1997 à 10,12 pour les généralistes (visites obligatoires comprises) et 2,26 pour les spécialistes (psychiatres inclus).

À titre de comparaison, l'enquête Credes santé et protection sociale (ESPS) 2000 permet d'estimer qu'en population générale le nombre de séances par personne et par an s'établit à 3,96 pour les généralistes et 2,64 pour les spécialistes.

Les soins en milieu pénitentiaire

La visite médicale d'entrée

Prévue par l'article D 285 du Code de procédure pénale, elle doit être effectuée dans les délais les plus brefs et a pour objectif principal de « déceler toute affection de nature contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou des soins urgents ». Elle est la seule visite obligatoire au cours de la détention, à l'exception toutefois de la visite bihebdomadaire en quartier disciplinaire et en quartier d'isolement, et du suivi des grévistes de la faim.

Elle permet également de réaliser un premier bilan de l'état de santé, des risques somatiques et psychologiques potentiels afin d'organiser une prise en charge

Les références
entre crochets
renvoient à la
bibliographie p. 54.

1. C'est-à-dire hors les établissements du Programme 13 000, qui rejoindront le dispositif en 2001.

sur des bases documentées des demandes ultérieures de la personne détenue ou des professionnels de surveillance.

Le dossier médical est constitué par l'infirmier(ère) au cours d'un entretien comportant la recherche des antécédents et des pathologies en cours de traitement, l'approche du vécu psychologique de l'incarcération, la prise de mesures biométriques et biologiques (poids, taille, pression artérielle, recherche d'albuminurie, de glycosurie, de cétonurie). Suivent une visite médicale et un bilan dentaire. Dans les deux jours est réalisée la radiographie pulmonaire de dépistage de la tuberculose. La recherche de syphilis a été abandonnée en juillet 2001.

Le dépistage du VIH et des hépatites, la vaccination contre l'hépatite B sont proposés, et une information est délivrée sur les modes de transmission des virus, les moyens de prévention et les traitements possibles en cas de pathologie déclarée. Les dépistages sont réalisés par les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou par l'UCSA.

D'après le Dr François Moreau², « cette visite est fondamentale dans la prise en charge médico-sanitaire des détenus ; de ce premier contact avec le service médical hospitalier dépendra souvent la qualité des relations et du niveau de confiance avec le détenu. Le service médical est, pour le nouvel incarcéré, le premier interlocuteur institutionnel [...] qui ne relève ni du judiciaire ni du pénitentiaire ».

La visite d'entrée n'est obligatoire que pour les personnes venant du milieu libre, mais certaines UCSA voient également systématiquement les personnes transférées depuis d'autres établissements.

Le décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 a prévu la mise en place d'un recueil de données épidémiologiques lors de la visite d'entrée. Il a été répondu à cette obligation par une enquête périodique sur la santé des entrants (cf. page 23).

L'accès aux médicaments

Dans ce domaine, les progrès apportés par la réforme sont importants.

La situation antérieure [6] se caractérisait par une organisation incompatible avec une réelle sécurité sanitaire : approvisionnement et gestion des stocks déficitaires en raison d'un manque de professionnalisation (peu de pharmaciens et de préparateurs), mode de prescription et de distribution inapproprié (manque de contrôle et absence de réexamen des prescriptions, mise en solution des médicaments pour plusieurs jours par les détenus, dans des fioles distribuées par les surveillants).

L'approvisionnement en médicaments et la gestion des stocks sont maintenant assurés par l'hôpital. Une vérification des contre-indications et de l'absence d'interférences est effectuée par le pharmacien. Quelques

tableau 1

Consultations somatiques dans les UCSA, premier trimestre 1997

Type de consultation	Nombre	Proportion du total	Ratio par détenu	Nombre par ETPR*
Généralistes	109 504	71 %	2,53	1080
Spécialistes	12 344	8 %	0,28	424
Dentistes	31 437	21 %	0,73	613

* Équivalent temps plein rémunéré.

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

tableau 2

Activité de médecine générale dans les UCSA, premier trimestre 1997

Consultations sur demande et de suivi	69 %
Visites médicales d'entrée	20 %
Visites au quartier disciplinaire	6 %
Visites au quartier d'isolement	4 %
Visites aux grévistes de la faim	1 %

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

tableau 3

Prise en charge psychiatrique ambulatoire, premier trimestre 1997

SMPR	Antennes SMPR	Secteurs (à l'UCSA)	Total	Ratio par détenu
49 443	6 422	20 825	76 690	1,77

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

problèmes d'information mutuelle se posent cependant dans certains des établissements dotés à la fois d'une UCSA et d'un SMPR.

Les UCSA disposent dans leurs locaux d'armoires sécurisées accessibles au seul personnel soignant (une pharmacie « familiale » reste accessible à l'extérieur de l'UCSA quand celle-ci est fermée).

Les médicaments sont distribués sous leur forme galénique et uniquement par le personnel infirmier.

Selon les établissements, la politique de distribution varie.

Dans certains établissements, le personnel infirmier, accompagné d'un surveillant, fait quotidiennement le tour des cellules pour distribuer les médicaments à chaque patient. Cette solution est très consommatrice de temps infirmier et selon certains médecins responsables, n'apporte pas les effets attendus en termes de contact avec les patients.

La distribution au patient de son traitement pour plusieurs jours, à l'UCSA ou en cellule, est pratiquée dans de nombreux établissements, afin de créer une démarche de responsabilisation. Celle-ci suppose que le patient soit effectivement en mesure de gérer son traitement. À la maison d'arrêt de Nantes, par exemple, les patients toxicomanes, illettrés ou à tendance suicidaire,

2. Médecin des UCSA des maisons d'arrêt de Bois-d'Arcy et de Versailles.

pour des raisons de sécurité, reçoivent leur traitement sur une base quotidienne à l'UCSA.

La dépense moyenne par détenu et par jour, d'après une estimation de l'Igas, est passée de 2,69 F (0,50 euro³) en 1990 à 6,20 F (0,99 euro³) en 1999.

Les soins dentaires

L'accès aux soins dentaires représente un des motifs de réclamation les plus souvent présentés à l'Igas par les personnes détenues. Les soins dentaires jouent en effet un rôle très important en milieu carcéral car ils représentent un soin esthétique symbolique pour les personnes détenues, une aide à la restauration de l'image de soi.

Les personnes détenues, on l'a vu, présentent souvent à leur incarcération un état bucco-dentaire médiocre en raison de la consommation fréquente d'opiacées et de conditions de vie précaires.

Le bilan effectué par la DHOS en 1997 [17] montrait que, selon les établissements, le délai d'attente allait de une à deux semaines à un mois.

La moyenne nationale était de 0,73 consultation par détenu sur trois mois.

L'accès des détenus aux soins conservateurs ne pose pas de problèmes particuliers, bien que le tarif de responsabilité leur laisse une part des dépenses. Les prothèses hors nomenclature, en revanche, restent entièrement à leur charge, obstacle financier important que la mise en place de la CMU complémentaire devrait permettre de surmonter prochainement pour les détenus indigents. Le recours au service de santé des armées permet également à certaines UCSA de contourner ces difficultés.

Les conditions d'hygiène dans les cabinets dentaires, primordiales si l'on considère la prévalence de maladies comme l'hépatite C dans la population carcérale, ne sont pas toujours satisfaisantes (ce sont les détenus qui assurent, contre une faible rémunération, l'entretien de l'UCSA comme du reste de l'établissement). Aux Baumettes, qui reçoivent 45 patients par jour pour soins dentaires, deux des trois cabinets ont été fermés par la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales pendant un an en raison de problèmes d'hygiène, allongeant de façon critique la liste d'attente pour le seul cabinet disponible.

Les consultations spécialisées

En 1997, sur trois mois, plus de 12 300 consultations spécialisées avaient été délivrées au sein des UCSA, soit 57 % de l'ensemble du total des consultations de spécialité. La moyenne nationale était en 1997 de 0,28 consultation somatique par détenu sur trois mois. La moitié des régions sanitaires assuraient entre 15 et 30 consultations pour 100 détenus.

Dans les établissements où les effectifs n'appellent pas des consultations de spécialité sur une base régu-

lière, et dans ceux où les vacations de spécialité ne sont pas pourvues, la réponse aux besoins s'effectue par le recours aux consultations spécialisées de l'établissement de santé.

Entre 1997 et 2000, les consultations spécialisées réalisées en milieu hospitalier sont ainsi passées de 37 118 à 45 155, contribuant majoritairement en volume au recours à l'hôpital.

Ce développement, s'il témoigne de la recherche d'un niveau et d'une qualité des soins équivalents à ceux dispensés en milieu libre, est aussi le signe de la difficulté que rencontrent les UCSA pour faire venir les praticiens hospitaliers à l'UCSA ou recruter des spécialistes sur vacations.

Le développement de la télé-médecine, qui permettrait de contenir pour certaines disciplines le nombre de transferts sous surveillance vers l'hôpital, est en cours d'expérimentation sur 14 sites pénitentiaires. Cette solution a ses partisans, qui considèrent qu'elle rendrait bien des services aux UCSA des établissements implantés loin de l'hôpital « de proximité », qui peuvent être amenés à limiter de fait l'accès aux soins compte tenu des difficultés liées aux transferts. Elle a aussi ses détracteurs, qui estiment que la télé-médecine n'est pas favorable au patient dans la mesure où elle le prive de la possibilité d'un deuxième examen clinique, et que la notion d'éloignement géographique dans un pays comme le nôtre peut être discutée.

La prise en charge psychiatrique

La prise en charge par le service public hospitalier des soins psychiatriques aux personnes détenues a débuté en 1986 avec la création des SMPR⁴ et s'est poursuivie avec la réforme de 1994, qui a instauré un dispositif mixte avec deux niveaux de soins :

- les soins courants sont assurés à l'UCSA le plus souvent par l'équipe du secteur de psychiatrie générale locale, mais aussi par des psychiatres vacataires ;
- les soins plus spécialisés sont dispensés dans les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) majoritairement installés dans de grandes maisons d'arrêt. Leur compétence s'étend aux patients issus des autres établissements pénitentiaires relevant du même secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les SMPR sont notamment en charge de l'hospitalisation avec consentement du patient. Ils assurent également les soins courants dans l'établissement pénitentiaire où ils sont implantés.

Seules les hospitalisations d'office ont lieu en milieu hospitalier, dans les établissements habilités à recevoir les malades hospitalisés sous contrainte.

Sauf cas exceptionnels (personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de quinze ans

4. Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et arrêté du 14 décembre 1986 modifié relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux.

3. Conversion en euros 2002, cf. note 1 p. 18.

Le dossier médical : une gestion difficile

La gestion du « voyage » du dossier médical des patients pose d'épineux problèmes d'organisation aux UCSA.

Quand le patient quitte la prison pour le milieu libre, s'il passe par l'UCSA, une copie des éléments importants de son dossier lui est remise ou est envoyée à son médecin traitant s'il en fait la demande.

Quand le patient est transféré

dans un autre établissement pénitentiaire, son dossier lui est remis (si l'UCSA est informée à temps de son transfert) ou est transmis à l'UCSA de l'établissement de destination. Cette règle souffre cependant quelques exceptions, certaines UCSA conservant le dossier du patient et ne transmettant que les photocopies du dernier bilan, privant ainsi l'UCSA suivante d'informations importantes

sur les antécédents pathologiques du patient.

En termes d'archivage, le dossier du patient est traité comme celui de tous les patients de l'établissement de santé. L'UCSA procède à un archivage provisoire (deux à trois ans) des dossiers, puis les envoie à l'établissement de santé qui l'archive selon ses propres procédures. #

ou moins précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie), les personnes susceptibles de nécessiter un suivi médical ou psychologique ne sont pas systématiquement orientées vers les établissements disposant d'un SMPR. En effet, le jugement et l'incarcération s'effectuent dans le département où a été commise l'infraction, département qui ne dispose pas toujours d'un SMPR. Cette approche géographique est lourde de conséquences pour la prise en charge des personnes détenues présentant des pathologies psychiatriques.

L'enquête 1997 de la DHOS relevait en effet d'importantes disparités entre les SMPR d'une part, mais surtout entre les sites pourvus d'un SMPR et les autres. Les moyens en effectifs rémunérés allaient de 1 à 4

entre deux régions sanitaires métropolitaines pourvues de SMPR et de 1 à 24 entre la région pourvue de SMPR la mieux dotée et la région dépourvue la moins bien dotée.

L'igas souligne par ailleurs que les SMPR étant considérés comme recours pour les cas lourds relevant des établissements pénitentiaires de leur secteur, ils concentrent une grande partie des moyens (77 % des temps de psychiatrie et 79 % des temps non médicaux). Cependant, ils répondent avant tout aux besoins de leurs établissements pénitentiaires d'implantation — qui n'hébergent que 40 % de la population pénale — et beaucoup moins à ceux des établissements de leur secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, dont certains sont d'ailleurs souvent géographiquement éloignés. Ainsi,

Extrait de *Monte-Cristo* : journal des détenus des Baumettes

Monte-Cristo, journal du Centre de ressources multimédia des Baumettes, est réalisé par des détenus. Un entretien avec le D^r Anne Galinier, médecin chef de la prison, a été publié en novembre 2001 et réactualisé en novembre 2003 dans l'extrait reproduit ici.

Pour répondre à quelques-unes de nos préoccupations, pour être mieux informés sur nos droits et comprendre comment les soins sont dispensés en détention, nous avons rencontré le D^r Galinier, médecin chef aux Baumettes, qui a courtoisement accepté de répondre à nos questions. Cependant nous avons volontairement écarté les sujets concernant l'alcool et la drogue. Nous envisagerons éventuellement d'en parler dans un prochain numéro.

Monte-Cristo : Pour entamer notre débat nous souhaiterions vous entretenir sur l'hygiène. Les douches ainsi qu'un grand nombre de locaux sont insalubres alors que la majorité des détenus s'emploient à maintenir propre

leur cellule. En tant que responsable de la santé, avez-vous une influence auprès de l'administration pénitentiaire pour améliorer l'hygiène ?

D^r Galinier : Aucune ! Nous ne sommes absolument pas en charge de l'hygiène. Nous n'avons même pas à entrer dans les douches et nous n'avons pas à intervenir sur leur fréquence ou sur la température de l'eau, même si nous savons qu'elle est trop chaude et que cela provoque des décapages de la peau. Nous n'avons pas droit au chapitre !

M.-C. : Comment sommes-nous couverts par la Sécurité sociale ?

D^r Galinier : Vous et vos ayants droit, même pendant un an après votre libération, êtes pris en charge à 100 % dans le cas des personnes âgées ou gravement malades, et à 70 % pour les autres. Le complément des 30 % reste à la charge de la pénitentiaire.

M.-C. : Et pour les soins particuliers tels que l'optique, le dentiste, etc. ?

D^r Galinier : Tel qu'à l'extérieur, on se retrouve devant l'absence d'une bonne couverture sociale. Pour l'optique, soit le détenu a des moyens pour acheter ses verres et sa monture auquel

le nombre de personnes transférées pour soins vers leur SMPR de rattachement est passé de 597 en 1997 à 317 en 1999, d'autant que les équipes médicales des SMPR, à l'exception des grands établissements comme Fresnes ou les Baumettes, n'assurent pas de permanence de nuit, ce qui aboutit de fait à généraliser le système des hospitalisations de jour.

Par exemple, la maison centrale de Château-Thierry, dont un quart des 70 détenus est psychotique, rencontre de grandes difficultés dans leur prise en charge ; le SMPR de Nice est trop éloigné de la maison d'arrêt de Borgo ou du centre de détention de Casabianda (qui accueille pourtant nombre de délinquants sexuels) pour leur apporter un réel soutien.

Ainsi, le dispositif mixte de prise en charge psychiatrique instauré par la réforme crée des disparités importantes dans la prise en charge des personnes détenues. Selon que l'établissement dispose d'une permanence psychiatrique sur place avec l'un des 26 SMPR, qu'il bénéficie de l'intervention effective du secteur psychiatrique ou qu'il doit faire appel à des vacations de psychiatre, le niveau de prise en charge est très variable. Ainsi, les SMPR étant majoritairement installés en maison d'arrêt, les patients en établissements pour peine qui ont les plus grands besoins en soins psychiatriques spécialisés sont-ils aussi ceux qui y ont le moins facilement accès.

La prise en charge des addictions

La prise en charge de l'alcoolisme et des toxicomanies

relève des SMPR dans les établissements qui en sont dotés et sur les autres sites de multiples intervenants coordonnés par l'UCSA : antennes spécialisées des SMPR, secteurs de psychiatrie générale, partenaires sanitaires et sociaux extérieurs.

Une note interministérielle du 9 août 2001⁵ vise à coordonner les services internes et externes, notamment pour le repérage des situations d'abus et de dépendance. Un responsable de projet doit être choisi au sein de l'UCSA ou du service psychiatrique pour mettre en place une organisation répondant à un cahier des charges DGS-DHOS-DAP. Selon la DHOS, 50 % des responsables sont actuellement désignés.

On ne compte que 4 antennes de centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en milieu carcéral et très peu d'interventions de CCAA extérieurs dans les autres établissements [18].

Le dispositif développé a en effet principalement porté sur les drogues illicites (16 centres spécialisés de soins aux toxicomanes, CSST, ex-antennes pénitentiaires, 57 établissements dans lesquels interviennent des CSST extérieurs).

L'enquête un jour donnée sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire réalisée en décembre

5. Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 sur les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

Monte-Cristo

cas il les paye, soit il est considéré comme indigent (l'indigence telle que définie dans le règlement, c'est moins de 300 F sur le compte les trois derniers mois) et dans ce cas les lunettes sont prises en charge à 100 % par la pénitentiaire (verres et montures simples et avec un délai actuel de deux mois). Pour les dents, les soins tels que caries, détartrages, prothèses sommaires sont couverts à 70 % par la Sécurité sociale et 30 % par la pénitentiaire. Cependant les prothèses de bonne qualité restent à la charge du détenu.

M.-C. : On entend dire que le cabinet dentaire et son matériel laisseraient largement à désirer.

D' Galinier : Les fauteuils et leurs accessoires sont neufs de l'année et sont encore sous garantie. Il y a un fauteuil au bâtiment A et B, ainsi qu'à la maison d'arrêt des femmes. Il n'y en a pas au bâtiment D faute de locaux disponibles. Cependant la radio tombe parfois en panne, les détartrages ne sont pas toujours parfaits et il y a surtout le petit matériel dont nous attendons le renouvellement suite aux nouvelles normes de stérilisation en vigueur.

Novembre 2003. Les cabinets dentaires ont été en réparation pendant 18 mois et nous travaillons encore à ce jour en mode dégradé. Les cabinets ont été entièrement refaits aux normes d'hygiène et de sécurité 2003, le matériel est

stérilisé à la stérilisation centrale de Sainte-Marguerite tous les jours et est sous double emballage stérile, avec mise en place de la traçabilité dès la stérilisation. Nous avons demandé, pour améliorer encore la qualité des soins, des assistantes dentaires qui pourraient aider le dentiste au fauteuil, gérer les rendez-vous et le matériel. Cette demande a été prise en compte par l'Assistance publique et les personnels sont en cours de recrutement.

M.-C. : Existe-t-il une discrimination envers les détenus de la part des différents services médicaux ?

D' Galinier : La prise en charge des prisonniers reste toujours du domaine de l'*a priori* personnel. Au sein de l'Assistance publique ou des services hospitaliers, il peut effectivement exister des *a priori* négatifs vis-à-vis de la prise en charge des détenus. Donc nous essayons de sélectionner des équipes médicales qui ne font pas de différence entre les patients libres ou détenus.

M.-C. : Ils ont oublié leur serment d'Hippocrate ! !

D' Galinier : Certains sûrement, mais globalement l'Assistance publique répond à notre demande, sachant que c'est à nous de défendre nos besoins.

M.-C. : Cependant les détenus se plaignent de ne pouvoir

2001 par la DHOS et la DGS auprès des UCSA montre une augmentation de la part des personnes sous substitution au moment de l'incarcération : 12,4 % en 2001 contre 5,8 % en 1999, année de la précédente enquête, et une augmentation du nombre de personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution : 5,4 % en 2001 contre 3,3 % en 1999. Le Subutex® est plus largement utilisé que la méthadone et concerne 85,6 % de ces traitements. Le nombre d'UCSA qui ne pratiquent pas de substitution diminue sensiblement (34 en 1999, 19 en 2001 — en majorité des établissements d'effectifs inférieurs à 100). L'évolution la plus remarquable concerne les interruptions de traitement de substitution lors de l'incarcération, qui sont passées de 19 % en 1999 à 5,5 % en 2001 [19].

Les transferts de détenus toxicomanes sous traitement de substitution vers des établissements où celle-ci n'est pas pratiquée posent au sein même de l'institution pénitentiaire, au-delà du défaut de soins qui pourrait éventuellement susciter un contentieux, la question de la mise en cohérence des politiques officiellement poursuivies.

La prise en charge du VIH et des hépatites

Dans les établissements pénitentiaires particulièrement confrontés à l'infection par le VIH (en particulier Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, départements d'outre-mer), la prise en charge est assurée sur place par des médecins relevant des CISIH en lien avec les médecins de l'UCSA. Dans les autres établissements,

les patients sont pris en charge par les praticiens des UCSA ou adressés en consultation spécialisée.

L'Igas, se fondant sur une enquête DHOS de 1997 auprès d'un échantillon de 46 établissements, estime que la prise en charge du VIH en prison est satisfaisante, et que l'accès aux traitements antirétroviraux est similaire à celui qui existe en milieu libre, rappelant toutefois que les conditions de vie en milieu carcéral (promiscuité, carences de l'hygiène) et les transferts entre établissements sont des facteurs péjoratifs dans la prise en charge optimale des patients séropositifs ou atteints du sida.

S'agissant du traitement de l'hépatite C, en revanche, l'Igas, citant l'enquête un jour donnée réalisée par la Drees en 2000, souligne que seulement 17,6 % de patients séropositifs ont réalisé une ponction biopsie hépatique (PBH), et attribue ce décalage d'une part au faible pourcentage d'UCSA disposant de consultations d'hépatologie (44 %), d'autre part au nombre insuffisant d'extractions — en 1999, l'UCSA des Baumettes indiquait avoir dû annuler pour cette raison 50 % des PBH initialement prévues. En revanche, d'après l'enquête réalisée en 2000 par le Réseau hépatites, la prise en charge les patients incarcérés qui ont réalisé une PBH se fait dans des conditions très semblables à celles du milieu libre (41 % bénéficient d'un traitement par interféron et/ou ribavirine) [20].

La permanence des soins

Le médecin responsable de l'UCSA doit organiser les

être traités en urgence, tenant compte de la douleur que provoque le mal aux dents.

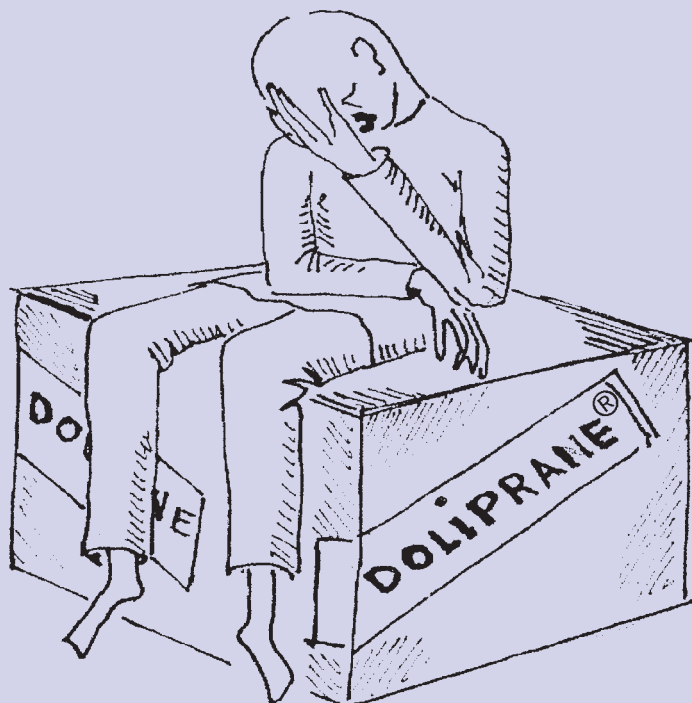
D' Galinier : Il faut tout traiter en urgence ! Et quand on a 1 500 détenus c'est impossible ; manque de place ! C'est pourquoi il est recommandé de faire une visite annuelle à titre préventif (d'autant que l'on sait que la prise de drogue ou de méthadone est toxique pour les dents).

M.-C. : Et pour la douleur ? Il est essentiellement distribué du Doliprane®, ce n'est pas suffisant !

D' Galinier : Le traitement de la douleur est médical. Donc quand vous allez voir l'infirmière, elle peut répondre à votre douleur soit par un antalgique paracétamol (Doliprane®) ou vous proposer un rendez-vous chez le médecin.

M.-C. : Et dans l'attente de la visite chez le médecin, pour une douleur plus violente, les infirmières ont-elles la possibilité de donner quelque chose de plus fort ?

D' Galinier : Les dentistes ont établi un protocole que les infirmières respectent, elles peuvent suivant leur perception de la douleur donner de l'Advil®. Mais elles sont aussi responsables des overdoses, des médicaments détournés et de ceux qui au lieu d'être absorbés sont sniffés ou fumés. La relation de confiance est prépondérante.



Dessin extrait de Monte-Cristo n° 6.

modalités de recours à un médecin en cas d'urgence, et les consigner dans un document à disposition du personnel pénitentiaire.

Pendant la période de présence de l'équipe hospitalière, les urgences sont assurées par les médecins et les infirmières selon un protocole remis à l'administration pénitentiaire.

Hors de cette période, c'est-à-dire la nuit, les week-ends et jours fériés, seuls les plus grands établissements comme La Santé, Fresnes, Lyon, Fleury-Mérogis bénéficient d'une garde médicale sur place ou d'une astreinte spécifique.

Dans les autres sites, le problème de la permanence des soins se pose de façon récurrente pour les urgences.

En ce qui concerne la régulation des appels, le centre 15 doit obligatoirement être contacté en cas d'urgence vitale. Dans les autres cas, la régulation est préférentiellement confiée au centre 15, mais peut aussi reposer sur d'autres dispositifs en mesure de déclencher l'intervention.

La réponse aux demandes d'intervention de l'établissement pénitentiaire doit être assurée par le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) de l'hôpital pour les urgences vitales. Les urgences de médecine générale relèvent d'autres systèmes qui doivent être prévus localement par convention : système de garde libéral, urgentistes libéraux de type SOS médecins.

Ces dispositions, dont la mise en œuvre pose pro-

blème, ont été rappelées aux ARH par note DHOS du 6 mars 2002.

En 1997, 44 % des établissements, correspondant à 52 % de la population pénale, avaient recours au système hospitalier ; les autres faisaient appel au système libéral. Rapportée à la population pénale, le nombre de consultations au titre de la permanence des soins était de 8 pour 100 détenus, en moyenne nationale sur trois mois [6].

Les responsables des UCSA indiquent qu'il devient de plus en plus difficile d'obtenir l'intervention des dispositifs de garde libéraux. En effet, ces dispositifs ne sont plus généralisés, comme en témoigne la montée en charge du recours aux urgences hospitalières par la population générale. Les consultations relevant de la permanence des soins tendent donc à être dirigées systématiquement vers le service d'accueil des urgences de l'hôpital. Cette situation génère une surcharge d'activité pour l'administration pénitentiaire et les forces de sécurité, et crée une situation d'insécurité et de danger pour les personnels et les usagers de l'hôpital.

Dans tous les cas, la permanence des soins en urgence présente deux difficultés importantes : pour le personnel pénitentiaire, premier interlocuteur de la personne détenue, il s'agit de savoir s'il doit ou non donner l'alerte. Le médecin, quant à lui, aurait besoin du dossier médical de la personne concernée, dossier auquel le surveillant n'a naturellement pas accès.

On peut penser qu'une astreinte répartie entre l'en-

Monte-Cristo

M.-C. : Nous vous écoutons avec un grand intérêt, mais nous pouvons penser que dans la pratique les choses sont différentes. Et quels sont les délais pour les spécialistes ?

D' Galinier : Ils sont différents. Certains consultent ici et le délai peut aller de quinze jours à un mois ; pour les consultations à l'extérieur, il y a des demandes pour lesquelles nous n'avons pas de problèmes pour obtenir un rendez-vous, mais nous n'avons pas de la place avec l'escorte. Et on peut attendre une place avec l'escorte durant trois semaines ! Pour d'autres spécialistes, il peut y avoir deux à trois mois d'attente. Il faut savoir que certains rendez-vous sont très rares, si on les décommande trop souvent parce que le patient ne vient pas, il est allé à un parloir, nous perdons notre crédibilité auprès de ces spécialistes qui nous disent : « Attendez, les Baumettes, vous prenez des rendez-vous et il n'y en a que la moitié qui viennent ! » Donc ensuite ils ne sont plus motivés pour nous donner rapidement des rendez-vous.

Novembre 2003. La crise médicale est actuellement à son début mais déjà nous la ressentons au niveau de l'hôpital. Les médecins sont moins nombreux, la mise en place des 35 heures et des repos de sécurité conformément aux directives européennes a réduit le nombre de consultations. Ainsi, comme pour les malades en milieu ouvert, les délais

d'attente sont désormais à deux mois pour une consultation extérieure. Heureusement la présence dans l'établissement de médecins à plein temps permet de répondre sans délais aux demandes de consultation comme auparavant.

M.-C. : Des détenus parlent tout de même de délais allant de deux à six mois. L'un nous a dit avoir attendu trois mois pour l'ophtalmo.

D' Galinier : Ce n'est pas vrai ! L'ophtalmo est là tous les quinze jours. Si la personne n'est pas allée à son rendez-vous, comme il y a beaucoup de demandes elle repart à la queue.

M.-C. : On a vraiment le sentiment que règne de l'incompréhension. Au niveau de la santé, pensez-vous que les choses soient faites de la même manière d'un bâtiment à l'autre ?

D' Galinier : Non, les choses ne sont pas faites de la même manière, c'est sûr. Au-delà de 350 détenus, nous n'arrivons plus à gérer la demande du patient ou de l'infirmière en temps réel. Exemple : au D l'infirmière peut dire au surveillant « appelle-moi le gars du 2^e étage », et ensuite le gars descend au A et au B c'est impossible ! Et plus particulièrement au A, parce que c'est une très grosse infirmerie avec beaucoup de passages et tous les services. On fonctionne par des billets qui sont rédigés par

semble des médecins du service auquel est rattachée l'UCSA permettrait au service public hospitalier de garantir à la fois la permanence des soins à la population carcérale, et la sécurité à ses autres usagers.

L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé

L'UCSA organise, en liaison avec l'établissement de santé de proximité dont elle dépend, les consultations qui requièrent des installations absentes en milieu pénitentiaire ainsi que les hospitalisations urgentes ou programmées de moins de 48 heures. Au-delà, les personnes détenues sont adressées à l'établissement public national de santé de Fresnes (EPNSF).

Le recours à l'hôpital a augmenté de près d'un quart entre 1997 et 1998 et est resté relativement stable ensuite (tableau 4).

Le schéma national d'hospitalisation des détenus⁶, deuxième volet de la réforme de 1994, prévoit que les hospitalisations programmées supérieures à 48 heures (hors psychiatrie⁷) doivent être organisées dans huit unités hospitalières sécurisées inter-régionales (UHSI) (tableau 5). Dans sept inter-régions, elles seront implantées en centres hospitaliers universitaires

6. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. JO du 31 août 2000.

7. La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 prévoit la création de dix unités d'hospitalisation sécurisées de psychiatrie (UHSP) pour une capacité de 244 lits.

tableau 4

Évolution des extractions vers l'hôpital entre 1997 et 2000

	1997	1998	1999	2000	Évolution
Soins d'urgence	4 040	6 268	6 215	6 922	71 %
Consultations et hospitalisations de jour	37 118	45 342	45 744	45 155	22 %
Hospitalisations programmées	4 445	4 558	4 884	4 799	8 %
Total	45 603	56 168	56 843	56 876	25 %
Ratio pour 100 détenus	79	98	98	109	38 %

Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

tableau 5

Implantation et capacité des UHSI

Implantation	Nombre de lits
Bordeaux	16
Lille	21
Lyon	23
Marseille	45
Nancy	17
Paris	146
Rennes	19
Toulouse	16
Total	303

les surveillants. Les billets partent par les surveillants plus ou moins motivés et qui, pouvant être dérangés dans leur tâche vont oublier et se rendre compte qu'ils ont les billets dans leur poche en repartant le soir, et après il sera impossible de rattraper les gars.

M.-C. : En rapport avec ce dysfonctionnement, ne pouvez vous pas intervenir auprès de l'administration pénitentiaire ?

D' Galinier : On essaye ! Depuis dix ans que je suis aux Baumettes, on essaye d'avoir une solution, mais on se heurte à des refus de la part de l'administration. Mais il y a aussi d'autres problèmes : le détenu peut perdre ou se faire voler son billet, il peut oublier sa convocation, le médecin peut avoir à déplacer le rendez-vous... Au bâtiment A, pour ne plus avoir de pertes dans les demandes de consultations, on a mis une boîte aux lettres dans laquelle les détenus déposent directement leurs demandes. Les surveillants ne ramassent plus les demandes avec le courrier. C'est une solution, elle n'est pas parfaite mais il y a déjà beaucoup moins de pertes.

M.-C. : Pourquoi la distribution des convocations ne peut-elle pas être faite par les infirmières ?

D' Galinier : Pour l'instant ça n'a pas été possible, la rédaction des billets et leur distribution sont réservées aux surveillants.

M.-C. : Pourtant les infirmières passent tous les jours dans les étages pour les traitements, cela devrait être possible de faire qu'elles distribuent également les billets !

D' Galinier : Oui bien sûr, mais encore faut-il qu'elles en aient le temps. Par exemple : dernièrement le surveillant qui accompagnait les infirmières est allé déjeuner au milieu de la distribution des médicaments. Donc il a fallu interrompre et revenir une heure après pour terminer.

M.-C. : Il semblerait que vous êtes tout le temps en rapport de force avec l'administration ?

D' Galinier : Non non, les rapports de force, c'est terminé ! C'est un rapport de consensus ; le rapport de force, on n'y arrive pas, ce n'est pas la peine. On essaye de faire comprendre que la santé c'est important, que c'est l'intérêt de tous et que les surveillants ont le devoir de répondre au service médical comme au service de la justice. C'est aussi important d'aller à l'infirmierie qu'au palais.

M.-C. : Nous vous interrompons, excusez-nous, il faut que vous sachiez que nous publierons ce que vous nous

(CHU), la huitième reposera sur un fonctionnement complémentaire entre l'EPNSF et une unité sécurisée implantée au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. La première UHSI devait ouvrir à Nancy en 2003.

La préparation du suivi sanitaire à la sortie

L'UCSA doit organiser le suivi médical à la sortie de la détention, en collaboration avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

Elle n'est pas toujours en mesure de le faire. On pourrait en effet penser qu'une visite médicale est prévue dans le circuit de sortie des personnes prises en charge par l'UCSA ou le SMPR durant leur détention, mais il n'en est rien (seule la visite d'entrée est obligatoire).

Dans les maisons d'arrêt en particulier, la libération peut intervenir à tout moment sans information préalable de la personne détenue. Dans tous les cas, les personnes détenues ont deux heures pour quitter la prison après leur libération et l'administration pénitentiaire, qui au-delà serait responsable de détention abusive, veille à ce qu'il en soit ainsi.

Ces facteurs conjugués font que, d'après les praticiens, seuls 2 % de patients repassent par le service médical avant de quitter la prison.

Avec la visite médicale de sortie qui permettrait de faire le bilan de l'état de santé du patient au terme de sa détention et d'assurer la continuité des soins, le dispositif gagnerait pourtant beaucoup en cohérence et en lisibilité.

La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé

Les actions de prévention en milieu pénitentiaire reposent sur les compétences et les financements de différents partenaires que l'UCSA doit coordonner : services de l'État, conseils généraux, comités d'éducation à la santé (Codes), organismes d'assurance maladie, réseaux et associations spécialisés...

Les actions de dépistage

Le dépistage du VIH est proposé lors de la visite d'entrée, puis effectué, si la personne incarcérée l'accepte (85 % de réponses positives à Bois-d'Arcy), dans des conditions généralement satisfaisantes. Cependant, l'Igas relève des difficultés liées à l'intervention des CDAG dans certains établissements, qui aboutissent, si l'UCSA ne prend pas le relais, à une quasi-absence de dépistage.

S'agissant de l'hépatite C, l'enquête du Réseau Hépatites citée par l'Igas indique que le dépistage ne serait proposé que dans 29 % des établissements.

En maison d'arrêt, les programmes de vaccination doivent prendre en compte la durée de détention. À Nantes, par exemple, le D^r Pierre-Yves Robert⁸ a mis en place un protocole accéléré de vaccination contre l'hépatite B (0, 7 jours et 21 jours) pour les incarcérations inférieures à trois mois. Les prélèvements

8. Médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Nantes.

Monte-Cristo

dites, cependant nous savons que tous propos critiquant l'administration sont censurés.

D^r Galinier : Mais... dans l'administration il y en a qui sont bien et qui comprennent. La difficulté réside aussi parfois d'un rapport entre personnes. Tel médecin avec tel surveillant, cela ne passe pas et alors on ne peut plus travailler.

M.-C. : Nous parlons de rapports entre les gens et de communication ; l'information qui est donnée aux arrivants ne pourrait-elle pas être améliorée ? Nous pensons à ceux qui ne savent pas lire : comment peuvent-ils prendre connaissance du règlement ? Une information vidéo ne serait-elle pas une solution ?

D^r Galinier : On a réfléchi à un système d'accueil vidéo, ce que vous dites serait très bien, et d'ailleurs je crois que l'administration pénitentiaire avait réalisé une cassette et je pense qu'elle était vue, mais ce n'est pas nous qui l'avons faite et donc je ne peux pas en dire plus.

M.-C. : Une projection dans une salle d'attente lorsqu'on est arrivant ne pourrait-elle pas être envisagée ?

D^r Galinier : Mettre des arrivants ensemble dans une pièce avec du matériel coûteux et fragile (télévision, magnétoscope), à voir dans quel état sont les salles d'attente, on sait très bien

qu'à la première frustration, par exemple, les appareils seront cassés. Il est donc impossible d'obtenir l'autorisation de mettre du matériel dans une salle.

M.-C. : Et utiliser régulièrement le canal 8 (interne) pour diffuser l'information et le règlement intérieur ?

D^r Galinier : Oui, c'est vrai que cela serait pas mal de pouvoir présenter l'info par ce canal, mais il ne marche pas bien, on ne peut pas s'en servir comme d'un outil fiable, cela ne pourrait être qu'un appoint.

M.-C. : Reste l'information orale par les infirmières. Mais tout ce que vous nous exposez nous laisse présumer que la communication, la compréhension demeurent des problèmes au détriment de la santé des détenus. L'amélioration du dialogue entre les services de la santé et ceux de l'administration pénitentiaire, est-ce une utopie d'y penser ?

D^r Galinier : Non, pas du tout ! Je suis arrivée aux Baumettes pour préparer et ensuite mettre en place la réforme de 1994. Cette réforme a apporté beaucoup de bien, comme la couverture sociale pour tous. Actuellement nous avons avec l'administration pénitentiaire des rencontres trimestrielles (comité de suivi) et établissons un rapport d'activité. Tous les médecins qui exer-

ultérieurs montrent une bonne prévalence du taux d'immunisation.

La clandestinité des pratiques pose par ailleurs des problèmes d'organisation de la réduction des risques. Les mesures de prévention (accès aux préservatifs, à l'eau de Javel) sont inégalement appliquées dans les établissements.

L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé reste difficile à mettre en œuvre en prison. Les conditions de vie qui y règnent font d'ailleurs que l'exercice relève de la gageure : manque d'hygiène, privation de l'intimité nécessaire à la satisfaction des besoins les plus élémentaires (toilettes et douches communes), dépendance totale vis-à-vis de l'institution dans la gestion du temps et des actes de la vie courante... Le contexte ne se prête guère à une démarche de responsabilisation des individus dans la prise en charge de leur santé.

Quand elles sont menées, les actions sont prioritairement fléchées vers les problèmes de santé liés aux comportements à risque : addictions, maladies sexuellement transmissibles. Elles sont menées en relation avec les CDAG, CSST, comités d'éducation pour la santé, conseils généraux et, au sein de l'institution, avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Elles sont financées par l'État, les conseils généraux et même par certaines communes (à Marseille, par exemple). L'administration pénitentiaire à elle seule a attribué, en 2003, 1,5 million d'euros

de crédits à l'éducation pour la santé, qui relève de sa mission de réinsertion.

Quelques UCSA ont aussi mis en place des programmes développant une approche globale (par exemple à Bois-d'Arcy, actions de santé communautaire sur le thème « Corps et santé », ateliers d'observance thérapeutique, formation au secourisme des jeunes détenus) ou associant culture et santé (aux Baumettes, ateliers dessin sur la santé).

Mais d'une manière générale les UCSA ont peu développé leur mission d'éducation à la santé. La pauvreté des ressources locales en termes d'intervenants, l'éloignement de l'établissement pénitentiaire, la difficulté de coordonner de multiples intervenants sont parfois évoqués pour expliquer cette insuffisante activité. Mais l'argument le plus fréquent concerne la nécessité d'accorder la priorité au curatif sur le préventif en raison d'importantes contraintes de personnel, notamment paramédical.

Dans l'esprit des promoteurs de la réforme, la promotion de la santé devait constituer un axe fort de la réorganisation. Mais ils avaient sans doute sous-estimé la difficulté qu'éprouveraient des équipes de culture hospitalière à acquérir et maîtriser les savoir-faire nécessaires à la conduite de programmes d'éducation pour la santé. #

cent en prison sont fédérés en syndicats ou associations. Nous organisons également annuellement un congrès. Nous sommes un interlocuteur ministériel et nous participons à toutes les commissions de réflexion sur la santé des détenus.

M.-C. : On n'est pas abandonnés !

D' Galinier : Pas du tout ! Nous nous efforçons, également, pour que l'accès aux soins en détention soit équivalents quelle que soit la prison. On n'y arrive pas encore mais... Et il y a des projets tels que la construction de 45 lits dans le secteur de l'hôpital Nord. Il y a une volonté ministérielle nette d'améliorer la prise en charge des détenus, et une volonté de la part de l'administration pénitentiaire d'améliorer les conditions de détention, certes pour 2015 ! Mais il y a tout de même une avancée globale.

M.-C. : Une question plus personnelle, vous êtes « médecin femme » ; l'univers carcéral, et pendant dix ans, est-il difficile ?

D' Galinier : Il est vrai que moi je suis venue aux Baumettes dans une démarche un peu plus militante et j'ai trouvé intéressant de pouvoir permettre à l'hôpital de s'investir dans ce lieu, la prison, qu'il ne connaissait pas. Il y a dix ans, j'étais un peu plus agressée sur le plan de ma féminité, mais j'ai toujours été respectée. Je n'ai pas eu de problèmes particuliers du fait de

travailler dans un milieu d'hommes. C'est un travail intéressant, certains patients sont particulièrement difficiles, mais dehors aussi, certaines personnes peuvent être désagréables. Il ne faut pas idéaliser l'extérieur ! #

Si nous devons faire une conclusion nous écrivons : Si la loi de janvier 1994, rattachant les services de santé en milieu carcéral au régime hospitalier de droit commun, a apporté des améliorations notables, de nombreuses défaillances subsistent : délais d'attente souvent trop longs, soins rarement assurés la nuit ou le week-end, coordination difficile entre les services de santé et ceux de l'administration pénitentiaire... Cependant notre propre comportement induit aussi des difficultés. L'absence de respect envers le personnel médical, la détérioration du matériel ou du mobilier, le manque d'hygiène (nourriture jetée par les fenêtres, mégots de cigarette, crachats et même dans les salles d'attente) et plus généralement tout ce qui peut traduire un manque de civilité entraînent inévitablement de la déconsidération à notre égard et entrave la bonne volonté de certains. Si nous ne montrons pas, par l'exemple, notre dignité, comment la faire respecter ? Comment exiger davantage, ne serait-ce que nos droits ? #

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

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

Olivier Obrecht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un accès aux soins très encadré

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

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

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

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

Le secret médical malmené

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

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

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

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

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

Des professionnels hospitaliers en majorité peu sensibilisés, voire réticents

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

[suite, références et fin page 52](#)

Santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement

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

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

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

Les luttes pour un nécessaire décloisonnement

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

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

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

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

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

Une mobilisation et une confrontation positives

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

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

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

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

des soins obligés¹ aux auteurs reconnus de délits ou de crimes sexuels.

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

Les améliorations à poursuivre

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

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

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

D^r Cyrille Canetti², de savoir si les prisons ne sont pas devenues le lieu de soins privilégié des malades mentaux asociaux.

Les questions posées par la délinquance sexuelle

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

Un premier, d'ordre quantitatif : en 1984, un arrêt d'assises sur quatre concernait un viol. En 2001, on est passé à un sur deux (au cours de ma dernière session d'assises à Melun, les cinq dossiers étaient des affaires de viol). Selon les analyses du ministère de la Justice, le quantum moyen des peines d'emprisonnement est passé, pendant la même période, de 2,6 à 4 années d'emprisonnement ferme. Au 1^{er} janvier 2001, 7 101 hommes étaient détenus pour des faits de viols, contre 1 451 en 1984³. À cela, il convient d'ajouter que le Parlement examine actuellement un projet de loi qui prévoit de porter le délai de prescription pour viol, qui est actuellement de 10 ans après la majorité de la partie civile, à 30 ans. Ce qui est de nature à accroître encore le nombre des affaires de ce type. Sommes-nous préparés à y faire face ?

Un second, concernant l'approche du phénomène : si l'on ne peut que constater aux audiences à quel point les souffrances révélées à l'occasion des procès consécutifs aux plaintes sont lourdes, on peut aussi se demander si l'approche exclusivement médicale qui est aménagée dans le cadre du traitement judiciaire est toujours pertinente : mon expérience de trois années aux assises m'a amené à constater que 80 % des affaires de viols relevaient plus d'une violence sexualisée que d'une pathologie de la sexualité : ce qui est en cause dans la plupart des dossiers, quel que soit l'âge de l'accusé, ce sont les carences éducatives, l'incapacité à respecter le désir ou les droits d'autrui, le rapport à la loi, toutes données qui, que je sache, ne relèvent d'aucune pathologie particulière mais plutôt d'un défaut de socialisation. Ce constat rejoint d'une certaine manière, me semble-t-il, les analyses de Claude Balier⁴

suite et fin page 53

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

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

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

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

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

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

Marc Allaman

Directeur du centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes

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

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

L'organisation du dispositif

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

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

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

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

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

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

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

Le choc des cultures

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

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

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

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

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

Le constat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les relations surveillants-soignants

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

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

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

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

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

Des améliorations à conduire

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

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

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

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

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

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

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

suite et fin page 53

La psychiatrie dans l'univers carcéral

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

Cyrille Canetti
Psychiatre,
SMPR de Fleury-Mérogis

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

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

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

La prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire

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

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

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

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

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

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

Malades mentaux incarcérés : une population en constante augmentation

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

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

La prison produit ses fous...

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

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

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

... La société y envoie les siens

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les gouvernements successifs tentent d'ap-

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

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

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

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

suite de la page 45

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

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

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

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

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

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

Références

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

Santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement

suite de la page 47

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

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

psychologie et travail social en particulier, même si, dans ces domaines comme dans d'autres qu'ont à connaître les cours d'assises, on attend beaucoup des suites données par le ministre de la Santé aux conclusions des derniers États-généraux de la psychiatrie⁵ concernant l'état de la santé mentale de la population générale. #

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

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

suite de la page 49

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

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

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

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

Les principales difficultés à cet égard sont les suivantes :

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

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

affectées par les nombreux cas de maladies mentales.

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

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

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

bibliographie

- Ce dossier est partiellement issu du mémoire *Le service public hospitalier et la prise en charge sanitaire en milieu carcéral : le rôle des UCSA* (directeur de mémoire : Guy Nicolas) présenté par Geneviève Guérin en 2003 pour le DESS «Analyse et gestion des établissements de santé» (université de Paris 7, faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis et université de Paris 6, faculté de médecine Pitié-Salpêtrière ; responsables du diplôme : P' Dominique Bertrand et D' Pascal Astagneau).
- Colin M, Jean J.-P. « Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables ». *Revue française des affaires sociales* ; 1997, 1 ; 17-29
 - Pradier P. *La gestion de la santé dans les établissements du Programme 13 000 : évaluation et perspectives*. Ministère de la Justice ; 1999, 109 p.
 - Haut Comité de la santé publique. *La santé en milieu carcéral*. Rennes : Ed. ENSP ; 1993 ; 127 p.
 - Lhuillier D. « La santé des détenus et l'enfermement ». *in Espace éthique La lettre* ; 12-13-14 ; 2000 ; 34-38.
 - Mouquet M.-C., Dumont M., Bonnevie M.-C. *La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque*. Paris : direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des statistiques, 1999 ; 4 ; 10 p.
 - Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires. *L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation*. Paris ; Inspection générale des affaires sociales ; 2001 ; 196 p.
 - Cassan F, Toulemon L, Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». *Insee Première* ; 706 ; avril 2000 ; 4 p.
 - Hyst J.-J., Cabanel G.-P. *Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. Paris : Sénat, 2000 ; 775 p.
www.senat.fr/rap/I99-449/I99-449.html
 - Stankoff S., Dhérot J. *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*. Paris : direction générale de la Santé ; direction de l'Administration pénitentiaire, 2000 ; 85 p., annexes, 244 p.
 - Coldefy M., Faure P., Prieto N. *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux*. Paris : direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des statistiques ; 2002 ; 181 ; 10 pages
 - Désesquelles A. « Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur ». *Insee Première* ; 854 ; 2002 ; 4 p.
 - Mermaz L., Floch J. *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*. Paris : Assemblée nationale ; 2000 ; 893 p.
www.assemblee-nat.fr/rap-enq/r2521-1.asp
 - Feltz F. « Des soins sous contrainte ». *Revue française des affaires sociales* ; 1997 ; 1 ; 85-93.
 - Direction générale de la Santé. *Bilan de la mise en œuvre des protocoles conclus entre les établissements de santé et pénitentiaires dans le cadre de la réforme instituée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994*. 1997 ; 52 p. (non publié).
 - Peyron Ph. « Interface Santé Justice ». *in Actes du 3^e Congrès national des services médicaux en milieu pénitentiaire* ; 2001 ; 124-127.
 - Hørni B., Balouet P., Benezech M., Dusserre L., Glorion F., Haehnel P., et al. *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*. 1996 ; 6 p.
www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/Actu.nsf/0/e7ec8dfdf11212bffc1256a940053a0f0?OpenDocument
 - Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. *Enquête sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues dans le cadre de la réforme instituée par la loi du 18 janvier 1994*. 1999 ; 104 p. (non publié).
 - Direction générale de la Santé, direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, direction de l'Administration pénitentiaire. *Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues*. 2002 ; 56 p. (non publié).
 - Morfini H., Feuillerat Y. *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*. Paris : ministère de la Santé ; 2001 ; 6 p. (non publié).
 - Remy A.-J., Benhaim S., Khemissa F. *Hépatite C-prison 2000, une enquête nationale de pratiques : résultats d'une étude sur 82 établissements pénitentiaires en France*. Centre hospitalier de Perpignan (service d'hépatogastro-entérologie), Réseau hépatite C de Catalogne et du Pays d'Oc ; 2000 ; 13 p.

adresses utiles

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées
<http://www.sante.gouv.fr>

Ministère de la Justice
<http://www.justice.gouv.fr>

Collège des soignants intervenant en prison
<http://www.penitentiaire.com>

Ban public : Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe
<http://www.prison.eu.org>

Observatoire international des prisons
<http://www.oip.org>