

LES ACTES

Colloque « Santé en prison »

Dix ans après la loi :
quelle évolution dans la prise
en charge des personnes détenues ?

Mardi 7 décembre 2004
Maison de la Mutualité
Paris



Ministère des Solidarités,
de la Santé et de la Famille



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Sommaire

| | |
|---|----|
| Comité d'organisation | 1 |
| Avant-propos | 3 |
| Ouverture | |
| Allocution du directeur général de la Santé (DGS) William Dab | 5 |
| Allocution du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) Édouard Couty | 7 |
| Allocution du directeur de l'Administration pénitentiaire (Dap) Patrice Molle | 10 |
| Allocution du directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) Philippe Lamoureux..... | 13 |
| Tribune | |
| Genèse et bilan de la loi | |
| Guy Nicolas | 17 |
| Françoise Lalande | 18 |
| Martine Valdes-Boulouque..... | 18 |
| Christian Schoch..... | 22 |
| Table ronde | |
| Point de vue d'acteurs sur leur perception de la réforme | |
| François Bès | 25 |
| Pierre-Yves Robert | 27 |
| Michel Saint-Jean | 28 |
| Yannick Chene | 30 |
| Sergio Salvadori | 33 |
| Table ronde | |
| Droits des patients détenus et éthique du soin en milieu carcéral | |
| Marc Bessin | 39 |
| Jean-François Bloch-Lainé..... | 42 |
| Jean Pouillard..... | 44 |
| Jean-Baptiste Thierry | 46 |

Table ronde

Trajectoire de soins pendant l'incarcération

| | |
|--------------------------|----|
| Guy-Bernard Busson | 51 |
| Fabienne Becker | 57 |
| Bruno De Goer | 60 |
| Michel Peretti | 64 |
| Evelyne Picherie | 68 |

Table ronde

Prévention et éducation pour la santé

| | |
|--------------------------|----|
| Isabelle Roustang | 72 |
| Stéphane Tessier | 76 |
| Françoise Demichel | 78 |
| Philippe Lecorps | 81 |

Table ronde

Prise en charge en santé mentale

| | |
|--|-----|
| Bruno Falissard et Frédéric Rouillon | 86 |
| Thierry Cadet | 90 |
| Gérard Dubret | 91 |
| Catherine Paulet | 96 |
| Luc Montuclar | 100 |

| | |
|----------------------------|-----|
| Références... | 102 |
|----------------------------|-----|

Annexes

| | |
|---|-----|
| Coordonnées des intervenants | 104 |
| Liste des sigles et des abréviations | 107 |

Comité d'organisation

- **Bernard Basset**, Directeur de la sous-direction « Santé et société », Direction générale de la santé (DGS)
- **Zinna Bessa**, adjointe au chef de bureau « Santé des populations, précarité et exclusion », Direction générale de la santé (DGS)
- **Martine Clément**, conseiller technique, bureau « Santé des populations, précarité et exclusion », Direction générale de la santé (DGS)
- **Anne-Nöelle Machu**, conseiller technique, bureau « Santé mentale », Direction générale de la santé (DGS)
- **Yves Feuillerat**, chargé de mission sur les soins aux personnes détenues, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (Dhos)
- **Michel Gentile**, chef du bureau de l'Organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (Dhos)
- **Paule Kassis**, chargée de mission, bureau de l'Organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (Dhos)
- **Geneviève Guérin**, secrétaire générale adjointe du Haut Comité de santé publique (HCSP)
- **Anne Guichard**, chargée de mission, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- **Marie-Josée Moquet**, chef de département, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- **Martine Lapergue**, chargée de mission, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- **Guy Casadamont**, sociologue, chargé d'études, direction de l'administration pénitentiaire (Dap/PMJ1)
- **Jean-Claude Cognet**, chargé de la coordination des soins somatiques et de l'éducation pour la santé, Direction de l'administration pénitentiaire (Dap/PMJ2)
- **François Moreau**, président du Syndicat des médecins exerçant en prison (Smep)
- **Jean Pouillard**, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)
- **Pierre-Yves Robert**, président de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (Apsep)
- **Patrick Serre**, vice-président de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (Apsep)
- **Didier Sicard**, président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)
- **Patricia Vienne**, inspectrice générale des affaires sociale (Igas)

Édition

La relecture des textes et la mise en forme des actes ont été réalisés par :

- **Vincent Fournier**, chargé de mission, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- **Anne Guichard**, chargée de mission, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- **Martine Lapergue**, chargée de mission, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- **Florence Rostan**, chargée de mission, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Nous remercions l'agence « Abako » qui a assuré l'organisation technique de la journée.

Avant-propos

L'offre de soins aux personnes incarcérées a été profondément modifiée par la loi du 18 janvier 1994 qui a rattaché les services de soins en prison, jusque-là dépendants de l'Administration pénitentiaire, aux établissements hospitaliers. Dix années se sont écoulées depuis l'application de la loi. De nombreuses études et rapports officiels ont mis en évidence les progrès apportés par cette réforme majeure. Ces avancées ne doivent cependant pas occulter les difficultés persistantes dans la mise en œuvre au quotidien des soins et des activités de prévention dans un milieu où l'exercice professionnel est contraint.

À l'occasion du dixième anniversaire de la loi, le ministère de la Santé (DGS, Dhos) a souhaité organiser un temps de réflexion autour des soins et des stratégies de prévention dispensés en milieu carcéral, avec le concours de la Direction de l'administration pénitentiaire (Dap) et l'appui de l'Inpes. Ce colloque s'inscrivait dans un contexte de bilan de la réforme de 1994 (avancées, limites) et de ses perspectives d'avenir, avec le souci de réunir les différents acteurs concernés par la mise en œuvre de cette loi et de valoriser les actions menées.

Intitulé « Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? », le colloque s'est tenu le 7 décembre 2004 à la Maison de la Mutualité à Paris. Il a rassemblé près de 500 participants. Après une tribune retraçant la genèse et le bilan de la loi, les grands thèmes de la journée ont été abordés sous forme de tables rondes animées par le journaliste Luc Hossepied.

Les actes tirés de cette journée sont présentés sous la forme d'un recueil des textes rédigés par les intervenants en vue de résumer ou de compléter les principaux points abordés par chacun au cours des débats.



Allocution de William Dab, directeur général de la Santé (DGS)

Allocution d'Édouard Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos)

Allocution de Patrice Molle, préfet, directeur de l'Administration pénitentiaire (Dap)

*Allocution de Philippe Lamoureux, directeur général de l'Institut national de prévention et
d'éducation pour la santé (Inpes)*

Une loi qui a introduit une éthique de soin en prison

Allocution de William Dab

Directeur général de la santé (DGS)

Le travail des professionnels qui prennent en charge la santé des personnes détenues est un travail difficile et ingrat qui mérite d'être reconnu et salué. Je tiens également à remercier les organisateurs de ce colloque et à saluer cet effort commun. En effet, nous avons besoin de croiser nos expériences et nos compétences pour avancer ensemble. Nous sommes ici pour dresser le bilan de la première décennie de l'application d'une loi brève dans sa rédaction, mais très puissante dans son contenu. Cette loi a fondamentalement modifié la manière dont est prise en charge la santé des personnes détenues. Elle est importante car fondée sur quelques principes dont l'application a permis d'indéniables progrès. Les personnes détenues ont désormais accès à une qualité de soin équivalente à celle de la population générale.

La loi a introduit une éthique de soin en prison qui repose sur les principes d'égalité, d'indépendance et de respect du secret médical. Le législateur a considéré qu'il ne pouvait être question d'ajouter à la peine la dispensation de soins de moins bonne qualité que celle des soins reçus par la population générale. Il revient au service public d'organiser les soins et la prévention pour les personnes détenues. Cela peut sembler évident aujourd'hui, mais cette loi représente une avancée de santé publique et un progrès considérable pour les droits d'une population particulière. Cette loi est généralement reconnue par nos partenaires européens comme un modèle. Un rapport de juin 2001 a montré l'importance du chemin parcouru. Cette loi est encore confortée par la loi relative à la politique de santé publique promulguée le 9 août 2004, qui réserve une place particulière à la santé des personnes détenues dans les plans régionaux de santé publique que les préfets élaborent actuellement.

Des progrès ont été réalisés en matière d'accès aux traitements de substitution et de prise en charge du VIH Sida dont la prévalence a diminué de 5,8 % en 1991 à 1 % en 2003. Dans le domaine de la lutte contre le suicide en prison — même si de nombreux progrès restent à faire — 24 régions sur 26 disposent des formateurs prévus dans le cadre du plan de lutte contre le suicide en prison. Suite à la loi de 1998 relative aux auteurs d'infractions sexuelles, de nombreuses applications ont été mises en œuvre. Il nous reste cependant du chemin à parcourir. En particulier dans les domaines de la santé mentale en prison et dans celui des hépatites.

Les perspectives pour la prochaine décennie sont les suivantes :

- mieux connaître et mieux surveiller l'état de santé des personnes détenues ;
- améliorer la continuité entre les soins dispensés aux personnes détenues et ceux auxquels elles vont avoir accès après leur remise en liberté, surtout en matière de santé mentale ;
- mieux prendre en compte les dépendances dans le milieu pénitentiaire, ce point faisant l'objet d'un chapitre dans le plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool ;
- poursuivre enfin une politique de prévention et d'éducation pour la santé efficace, à côté de soins curatifs de qualité.

Je salue l'exemplarité de la collaboration entre les administrations en charge de cette question. L'un des acquis de la loi de 1994 est d'avoir montré notre capacité à travailler en commun pour le bénéfice de tous.

L'augmentation de la population concernée génère des besoins supplémentaires

Allocution d'Édouard Couty

Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos)

Je tiens tout d'abord à remercier le directeur de l'Administration pénitentiaire et le directeur général de l'Inpes d'avoir organisé, en collaboration avec le directeur général de la santé et mes services, ce colloque marquant le dixième anniversaire de l'entrée en vigueur de la loi du 18 janvier 1994 qui a transféré la prise en charge de la santé des personnes détenues au service public hospitalier. Je tiens à saluer ici l'ensemble des personnels hospitaliers qui — dans le cadre des Unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) comme des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) — participent dans des conditions parfois difficiles, à la mise en œuvre de la politique de prévention et de soins en milieu carcéral. Je tiens également à remercier les fonctionnaires de l'Administration pénitentiaire ici présents qui contribuent au fonctionnement quotidien des équipes médicales exerçant en milieu pénitentiaire.

Cette loi du 18 janvier 1994 a considérablement fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Elle affirme la capacité et le droit d'accès aux soins des personnes incarcérées. La mise en place des Ucsa a constitué le premier volet de cette réforme et des moyens importants ont été mobilisés et renforcés ces dernières années. Actuellement, en tenant compte de l'ouverture des établissements du programme « 4000 », le total des crédits alloués aux Ucsa s'élève à 148 millions d'euros. Des efforts restent cependant à faire car l'augmentation de la population concernée génère des besoins supplémentaires. Nous sommes décidés à poursuivre ces efforts. Le second volet de la réforme s'applique au schéma national d'hospitalisation des personnes détenues. Il a été officialisé par un arrêté interministériel signé le 24 août 2000 relatif à la création d'Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) destinées à l'accueil des personnes incarcérées. L'organisation retenue s'inscrit dans le cadre des orientations fixées par le Code de la santé publique (*art R.711-19*) qui définit deux niveaux d'hospitalisation pour les pathologies autres que psychiatriques :

- les hospitalisations urgentes ou de très courte durée qui relèvent de l'établissement de santé signataire du protocole et qui se feront progressivement dans des chambres sécurisées, dont le programme est en cours de réalisation ;
- les autres hospitalisations programmées qui relèvent de 8 UHSI : Bordeaux, Lille (qui a ouvert le 25 octobre 2004), Lyon,

Marseille, Nancy, Paris, Rennes et Toulouse sont ou seront implantées dans des CHU.

Les UHSI ont une compétence médico-chirurgicale et accueillent des personnes des deux sexes, majeures et mineures, adressées par les Ucsa ; les hospitalisations en services très spécialisés seront toujours réalisées dans les services concernés, le transfert vers l'UHSI se faisant ultérieurement sur avis médical. La première UHSI (Nancy) a ouvert en février dernier. Son fonctionnement a été défini par une note interministérielle. Un comité interministériel de suivi, placé sous la responsabilité de la Dhos, se réunit régulièrement pour analyser les problèmes rencontrés. À terme, les résultats des travaux de cette commission serviront à élaborer une circulaire interministérielle qui s'appliquera à l'ensemble des UHSI.

En matière de prise en charge de la santé mentale, le fait que les personnes détenues ne peuvent pas bénéficier d'une hospitalisation sur la demande d'un tiers crée une spécificité d'accès aux soins qui ne fait qu'augmenter le nombre des hospitalisations d'office (HO). Or les HO soulèvent des problèmes croissants de fonctionnement et de qualité des soins dans les établissements de santé. De ce fait, les perspectives s'inscrivent dans un cadre plus général de refonte de la politique de santé mentale et dans le cadre de la loi de programmation et d'orientation pour la justice de septembre 2002. Le rôle des SMPR pourrait être centré sur les soins ambulatoires et sur l'hospitalisation de jour. En matière de santé mentale, la mise en place du schéma d'hospitalisation devra prendre en compte des contraintes de sécurité similaires à celles mise en place pour les soins somatiques dans le cadre des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Ces UHSA sont une des préconisations du groupe « Santé-justice » qui a remis ses travaux en juin 2003. La phase opérationnelle, c'est-à-dire la première tranche de ce programme, sera initiée dans les semaines qui viennent.

Peu à peu se dessine une forme de doctrine de prise en charge sanitaire des personnes détenues. Les soins ambulatoires assurés par les équipes hospitalières le sont, autant que possible, à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. Les hospitalisations, a contrario, doivent être assurées selon des modalités médicales analogues à celles dont bénéficie la population générale, dans des services hospitaliers. Simplement, pour faciliter la surveillance et la sécurité, les services hospitaliers (UHSI et UHSA) sont regroupés dans des unités sécurisées. À ce titre, pour ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des personnes détenues, les indications médicales détermineront la réponse :

- dans les UHSA, en réponse à des besoins d'hospitalisation en psychiatrie générale ;
- en Unités pour malades difficiles (UMD), sur des indications cliniques particulières (identiques à celles de la population générale).

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge des détenus est actualisé dans le droit fil de la loi de 1994. Les remarques de l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas) et de l'Inspection générale des Services judiciaires (IGSJ) émises en 2001 ont été prises en compte dans le document actualisé. Plus récemment, les dernières évolutions législatives ont été intégrées. Soumis à une très large consultation, ce guide méthodologique sera très prochainement diffusé dans le cadre d'une circulaire interministérielle.

Je souhaite que ce colloque soit l'occasion, pour l'ensemble des professionnels concernés, d'échanger sur leurs pratiques afin de créer des passerelles entre leurs cultures. Je tiens à exprimer à l'ensemble des équipes des Ucsa et des SMPR ma reconnaissance pour leur difficile travail quotidien et réitère l'appui de mes services dans cette lourde tâche.

Concilier les objectifs sanitaires et les contraintes pénitentiaires

Allocution de Patrice Molle

*Préfet,
directeur de l'Administration pénitentiaire (Dap)*

Au nom de l'Administration pénitentiaire, je souhaite insister sur le chemin parcouru depuis 1994. L'objectif de la loi consistait à assurer aux personnes détenues une qualité de soin équivalente à celle offerte à l'ensemble de la population. Elle instituait deux mesures : le transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier ; l'affiliation des personnes détenues au régime général de la Sécurité sociale dès leur incarcération. Cette loi s'inscrit pleinement dans le cadre d'une politique globale de santé publique en milieu pénitentiaire. Ainsi, depuis 1994, les personnes détenues bénéficient de soins délivrés par des professionnels hospitaliers (médecins, dentistes, psychologues, infirmières...), au sein des établissements pénitentiaires comme dans les établissements publics de santé, lors de consultations d'urgence, de consultations spécialisées, voire d'hospitalisation.

Depuis mars 2001, ce dispositif a été étendu aux établissements du programme pénitentiaire dit « des 13 000 places » dont le système de soins était confié jusqu'alors à des groupements privés dans le cadre de marchés délégués. La loi de 1994 a créé les Ucsa, dont la mise en place repose sur un protocole très détaillé conclu entre les autorités sanitaires et l'Administration pénitentiaire. Ce protocole fixe l'organisation des soins et les moyens humains et matériels consacrés à cette mission. Ainsi, les Ucsa, véritables consultations hospitalières, permettent-elles aux personnes détenues de faire appel à des professionnels de santé hospitaliers, dépendant de l'hôpital signataire du protocole, pour recevoir les soins ambulatoires que nécessite leur état de santé. Il s'agit d'un progrès considérable par rapport au système antérieur, purement pénitentiaire, car les soins sont délivrés par des spécialistes expérimentés, au fait des nouvelles techniques médicales et disposant des équipements fournis par les établissements hospitaliers.

Dans ce cadre, la Direction de l'administration pénitentiaire a deux missions essentielles. La première est d'aménager les locaux des Ucsa selon des normes fixées par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos). La seconde est d'assurer la sécurité des personnels hospitaliers de l'Ucsa et la surveillance des personnes détenues venant en consultation. Dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, il est nécessaire qu'un dialogue

constructif s'instaure pour respecter les objectifs sanitaires de la Dhos et prendre en compte simultanément les contraintes pénitentiaires liées à la surpopulation pénale et à la mission de sécurité publique de la Direction de l'administration pénitentiaire.

Ce nouveau dispositif de soins et de protection sociale a été évalué par les Inspections générales des Affaires sociales et des Services judiciaires. Suite au rapport remis en juin 2001, il a été décidé d'actualiser le guide méthodologique de 1994. Ce document prend en compte les remarques et propositions faites par les deux inspections générales. Il tient également compte de l'évolution du droit européen et des nouvelles lois promulguées. Je souligne l'importance du travail réalisé par les deux ministères et l'excellente coopération qui a permis à ces deux administrations de mener à bien cette tâche commune. La prévention en milieu pénitentiaire fait partie intégrante de la prise en charge sanitaire globale de la personne détenue. L'Administration pénitentiaire accompagne ce processus par un engagement budgétaire de 1,2 million d'euros chaque année. Grâce aux nouvelles dispositions du guide méthodologique, les personnes détenues pourront bénéficier de la CMU au cours de leur détention et, si nécessaire, à leur libération. L'ensemble de ce dispositif, vu du côté de l'Administration pénitentiaire, a considérablement amélioré l'accès à l'offre de soins pour les personnes détenues.

Créées en août 2000, les Unités hospitalières de sécurité interrégionales (UHSI) ont vocation à accueillir les personnes détenues, y compris les mineurs, dans huit centres hospitaliers universitaires dans le cadre d'hospitalisations programmées. L'UHSI de Nancy a été inaugurée en février dernier et les premiers bilans montrent le bien-fondé de cette structure, même si le taux d'occupation demeure insuffisant. La deuxième UHSI a été récemment mise en service à Lille. Ce fut sans nul doute un travail long et complexe que de créer ce type de structure. En effet, outre la construction d'une aile de détention dans un hôpital, il a fallu concevoir un schéma d'organisation destiné à faire travailler ensemble, de manière permanente, personnel pénitentiaire et personnel médical. Néanmoins, ce dispositif n'avait pas pour objet de répondre aux besoins croissants constatés en matière de prise en charge des troubles mentaux. Compte tenu de la très préoccupante augmentation de ces pathologies dans le milieu pénitentiaire, les ministères de la Justice et de la Santé ont décidé de mener, sur le plan national, une étude épidémiologique dont nous attendons les résultats. Par ailleurs, une commission « Santé-Justice » a été mise en place en juillet 2004 par le Garde des Sceaux et le ministre de la Santé. Elle est chargée d'étudier les voies d'amélioration de la prise en charge médico-judiciaire des détenus atteints de troubles mentaux. Elle travaille sur l'éventuelle création d'un « hôpital prison » et sur la mise en place des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) qui assureront l'hospitalisation des personnes

détenues non-consentantes et de celles qui sont hospitalisées sur la demande d'un tiers.

D'autres initiatives sont nécessaires pour clarifier les règles d'accès aux soins et les droits sociaux des personnes écrouées bénéficiant de semi-liberté, de placements sur des chantiers extérieurs ou qui sont sous surveillance électronique. En effet, leurs situations ne sont pas encore évoquées dans le guide méthodologique, alors même que les alternatives à l'incarcération sont une priorité. Cette tribune est une occasion privilégiée de remercier les personnels hospitaliers pour leur engagement au quotidien. Je souhaite également féliciter et remercier les personnels pénitentiaires qui accompagnent les personnels hospitaliers dans l'action de soin tout en assurant leur mission essentielle de sécurité et de réinsertion sociale des détenus.

La prévention et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : une démarche à approfondir, à interroger, au besoin à réorienter

Allocution de Philippe Lamoureux

*Directeur général de l'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (Inpes)*

Depuis plusieurs années, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé participe au développement d'actions de prévention et d'éducation pour la santé auprès des personnes détenues et collabore avec les ministères concernés et les associations d'éducation pour la santé intervenant dans les prisons. C'est donc bien volontiers que l'Inpes a accepté de co-organiser ce colloque, qui permet d'établir le bilan des actions engagées, d'échanger sur les expériences acquises, de repérer les difficultés rencontrées et d'envisager de nouveaux axes de travail pour l'avenir.

Dix ans après la loi, si la prise en charge des soins aux détenus a acquis toute sa légitimité, des interrogations persistent quant à la nature et au sens à donner aux actions de prévention et d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Comment intervenir, en faisant que ces initiatives apportent une aide réelle aux personnes détenues et à leurs familles ? Les activités de prévention et d'éducation pour la santé sont difficiles à mettre en œuvre de façon générale. Ces difficultés sont exacerbées dans les conditions et les contraintes de l'environnement pénitentiaire. Souvent, les différents acteurs des services impliqués peinent à coordonner leurs actions. Véritable passerelle entre la dimension sanitaire et la dimension sociale de la prise en charge des personnes détenues, l'éducation pour la santé ne peut se développer sans la mobilisation conjointe des professionnels sanitaires et pénitentiaires, en partenariat avec les intervenants extérieurs.

Des expériences en vue de soutenir la mise en place de programmes d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire ont été initiées dès la réforme de 1994. Implantées sur une dizaine de sites pilotes et animées par les Comités d'éducation pour la santé, des « formations-actions » ont permis de réunir surveillants, équipes des unités de consultations et de soins ambulatoires, membres des services pénitentiaires d'insertion et de probation, et enseignants. Elles ont posé les bases d'une culture commune de l'intervention en santé en milieu pénitentiaire et ont tenté de décroïsonner les interventions. Ce travail a permis une évolution des pratiques

professionnelles, en questionnant les aspects éthiques de l'intervention en milieu pénitentiaire et en reconnaissant la place centrale de la personne détenue dans la démarche de promotion de la santé. Par ailleurs de nombreux acteurs se sont engagés au quotidien pour promouvoir la santé ; ils mènent un travail remarquable en proposant des actions de prévention, en assurant avec discrétion une aide auprès des personnes détenues et des membres de leur famille, en contribuant aux échanges d'informations entre intervenants. Toutes ces initiatives méritent d'être reconnues et d'être évaluées le cas échéant ; elles constituent des éléments d'une expérience partagée dont nous devons tirer des enseignements. Malgré toutes ces avancées, des obstacles demeurent, qui semblent parfois insurmontables sur le terrain. La démarche reste donc à approfondir, à interroger, à réorienter au besoin. Trois interrogations majeures subsistent selon moi.

La première porte sur le sens à donner à une action d'éducation dans ce milieu particulier de la prison et sur les savoir-faire qu'elle implique. Comment aider une personne détenue à prendre soin d'elle-même, de sa santé, lorsque son degré d'autonomie s'est réduit au point de ne pouvoir décider ni de son rythme de vie, ni de son environnement, ni de ses activités quotidiennes, ni de ses relations sociales ? Comment intervenir auprès de personnes qui cumulent souvent des difficultés sanitaires, sociales et psychologiques qui les placent en situation de grande précarité ? Il faut continuer de travailler ensemble sur les conditions qui doivent permettre la mise en œuvre de telles actions.

Ma deuxième interrogation porte sur les effets de la détention — pathologies, prises de risque, violences en tous genres — effets prouvés par les études. Dans ce contexte, comment faire pour que la prévention et l'éducation pour la santé assurent a minima que les conditions de cette détention ne deviennent pas des facteurs d'aggravation des vulnérabilités initiales, ou pire, générateurs de nouvelles pathologies ? Comment faire également pour mieux aider les familles des détenus, qui vivent avec souffrance cette situation et qui sont pourtant le lien social le plus sûr pour les personnes détenues ?

Ma troisième interrogation concerne l'accessibilité de la prévention. Si les détenus doivent pouvoir bénéficier librement des soins que leur état de santé justifie, ils sont en droit d'attendre un niveau de qualité en réponse à leurs demandes, que celles-ci relèvent d'activités curatives ou préventives ; or la réalité est que les moyens disponibles peinent à couvrir les soins de base et qu'il est difficile d'étendre les actions qui ont prouvé leur efficacité vers un plus grand nombre d'établissements pénitentiaires. Comment mieux répondre à ces besoins et quels moyens mobiliser pour cela ?

Notre acte fondateur est la charte d'Ottawa de 1986. Elle met l'accent sur l'attention particulière à porter aux populations en situation de vulnérabilité, ce qui est le cas des personnes détenues.

J'attends de cette journée qu'elle permette d'approfondir les différents questionnements que j'ai esquissés ici et qu'elle propose des pistes d'actions concrètes.



Participants :

*Guy Nicolas, professeur, ancien Vice-président du Haut comité de santé publique,
Françoise Lalande, médecin, inspectrice générale des Affaires sociales (Igas),
Martine Valdes-Boulouque, inspectrice générale adjointe des Services judiciaires (IGSJ),
Christian Schoch, responsable du département des politiques de santé à la Caisse Nationale
d'assurance maladie (Cnam)*

Animation : Luc Hossepied

Genèse de la loi

Guy Nicolas

Professeur,

ancien Vice-président du Haut Comité de santé publique (HCSP)

En 1992, l'Administration pénitentiaire était en proie à de grandes difficultés en matière de soins dans les prisons dont elle avait la charge. Par ailleurs, ces soins étaient à la charge du seul ministère de la Justice et ne cessaient d'augmenter. Le 15 juillet 1992, le ministre de la Justice et Bernard Kouchner, nouvellement nommé ministre de la Santé, chargeaient le Haut Comité de la santé publique d'établir un rapport sur ce sujet et de proposer un dispositif de prise en charge des personnes détenues. Le problème du VIH avait probablement accéléré les choses, avec notamment le raccordement initié en 1988 sous l'égide de Marc Gentilini et Xavier Emmanuelli. Le modèle des « 13 000 places » (loi du 22 juin 1987), établissements pénitentiaires où la santé était confiée à des groupements privés, avait également contribué à améliorer la situation sanitaire. Sur la base de ces avancées, le Haut Comité a proposé de réorganiser le système de prise en charge médicale et de le confier au secteur public hospitalier. Le financement de ce système ne pouvait alors reposer que sur l'Assurance maladie. Après l'adoption du rapport du HCSP, une loi a été promulguée en janvier 1994 pour organiser cette démarche de santé publique. Je voudrais rendre hommage aux membres des cabinets ministériels qui se sont investis dans ce dossier, ainsi qu'à Michèle Colin, magistrate, et Gilbert Chodorge, directeur d'hôpital. En moins de deux ans, la santé des personnes détenues a ainsi quitté le code de procédure pénale pour entrer dans ceux de la santé publique et de la sécurité sociale.

Bilan de la loi : l'organisation des soins en prison

Martine Valdes-Boulouque

Inspectrice générale adjointe des Services judiciaires (IGSJ)

Françoise Lalande

*Médecin,
inspectrice générale des Affaires sociales (Igas)*

À la suite du bouleversement opéré par la loi du 18 janvier 1994, l'Inspection générale des Affaires sociales et l'Inspection générale des Services judiciaires ont été chargées, en juin 2000, d'évaluer l'organisation des soins et de l'hygiène des personnes détenues. Il s'agissait d'une mission d'évaluation à caractère tout à fait général. Mais il nous était également demandé d'étudier certaines questions plus spécifiques : la prise en charge des troubles mentaux, la prévention du suicide, la toxicomanie et l'accès aux traitements de substitution, les soins dentaires, le handicap, la séropositivité, les pathologies lourdes, la fin de vie, la distribution des médicaments, le suivi socio-judiciaire des délinquants sexuels.

Pour mener à bien notre mission, nous avons visité 14 sites et 24 établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt et établissements pour peines) sélectionnés pour constituer un échantillon représentatif de la situation nationale ou parce qu'ils accueillent des personnes détenues nécessitant une prise en charge sanitaire spécifique. Sur place, nous avons rencontré l'ensemble des professionnels concernés (équipes médicales, magistrats, fonctionnaires de l'Administration pénitentiaire, personnels du service pénitentiaire d'insertion et de probation et responsables hospitaliers). Nous avons également entendu de nombreuses personnalités, médicales ou non, qui nous ont fait part de leur réflexion sur certains des thèmes de notre étude, en particulier sur celui de la prise en charge des malades mentaux et des délinquants sexuels. Nous avons rencontré divers professionnels ainsi que des représentants du monde associatif, soit au total plus de 250 personnes qui nous ont fait part de leurs expériences et de leurs réflexions sur cette problématique très particulière de la santé en prison.

L'ampleur des besoins de santé en prison

Il est clair, en effet, que la situation sanitaire des personnes placées sous main de justice est globalement dégradée si on la compare à celle de la population générale d'âge comparable. La population carcérale continue à cumuler les facteurs de risque.

Certains de ces facteurs sont stables : précarité et faible accès aux soins, forte consommation d'alcool et de tabac, toxicomanie et phénomènes de violences sont des caractéristiques relevées de longue date parmi ceux qui entrent en prison. Mais, au delà, cinq évolutions majeures se produisent actuellement. On observe en effet une montée importante de la polytoxicomanie, les combinaisons alcool-drogue, héroïne-cocaïne, produits de substitution-cocaïne étant parmi les plus fréquentes (en 1998, 20 % des entrants déclarent consommer 2 produits). Le vieillissement de la population pénale est également un fait nouveau. L'âge des entrants augmente de façon continue depuis vingt ans et l'allongement des peines touche plus fortement les condamnés déjà âgés (les délinquants sexuels qui sont aujourd'hui de plus en plus présents en prison sont en général plus âgés, notamment en raison des nouvelles dispositions législatives reculant le point de départ de la prescription de l'action publique).

On observe aussi une baisse constante de la prévalence du VIH en prison mais le taux des personnes détenues atteintes reste supérieur à celui de la population générale. Il ressort enfin que les hépatites B et C sont très présentes, très mal dépistées et donc rarement soignées avant l'incarcération. Une forte proportion de personnes détenues nécessite une prise en charge psychologique ou psychiatrique. Il s'agit là d'un point essentiel : les catégories marginalisées et les mineurs en difficulté ne sont pas dépistés et passent à l'acte. Ils se retrouvent alors face à un système judiciaire mal préparé à les prendre en charge. Par ailleurs, la prison est le plus souvent un facteur d'aggravation de ces troubles.

Une amélioration sensible de la prise en charge des personnes détenues depuis la loi de 1994

L'augmentation des moyens a été très importante : on a assisté à un véritable changement d'échelle dans l'attribution des personnels et des équipements. Les moyens financiers ont progressé fortement et de façon continue (+ 40 % entre 1994 et 2000). La rénovation des locaux a été très significative : partout, les aménagements réalisés ont donné une réalité à l'Ucsa. Le nouveau dispositif a abouti à une nette amélioration de la qualité des soins. Le renforcement des liens avec l'hôpital a été très positif, en assurant une bonne qualité des intervenants et des pratiques et en élevant de manière sensible le niveau d'exigence qui était celui de la médecine en milieu pénitentiaire. Le recours aux spécialistes a été aussi renforcé. Enfin, dans le domaine de la gestion du médicament, d'importants progrès ont été accomplis et une réelle professionnalisation s'est imposée. Ainsi, la distribution des « fioles » (peu sûres et parfois toxiques) a été abandonnée et remplacée par une distribution individualisée et responsabilisant le détenu.

Au-delà de tous ces progrès, la loi a affirmé une véritable éthique du soin en prison. Le transfert au service public hospitalier de la responsabilité des soins aux personnes détenues a consacré un profond changement culturel. La médecine en prison s'est transformée : d'une médecine humanitaire et de l'urgence, elle est devenue un mode normal de prise en charge hospitalière. Les principes d'égalité d'accès aux soins, d'indépendance de la démarche sanitaire et de respect du secret médical ont peu à peu émergé de tout ce bouleversement. L'infirmier n'existe plus, elle n'est plus un service de la prison et ses personnels ne sont plus des fonctionnaires de l'Administration pénitentiaire. Enfin, le soupçon de l'instrumentalisation du médical au service de l'ordre public carcéral, de la non-confidentialité et de la mauvaise qualité des soins n'est plus.

Une amélioration pourtant insuffisante

Cependant, les moyens sont encore sous-dimensionnés suivant les sites, sans compter une demande de soins en constante augmentation. De plus, les relations entre l'Ucsa et les autres intervenants (milieu pénitentiaire, service médico-psychologique régional...) sont insuffisamment développées. Certains blocages persistent tels que : l'accès restreint à l'hôpital, dû à la limitation des extractions médicales, la non mise en place de l'UHSI, une lutte contre les addictions trop centrée sur les drogues illicites et insuffisamment sur la polytoxicomanie ; enfin, cette lutte est uniquement basée sur des approches psychologiques ou psychiatriques, au détriment des aspects sociaux et sanitaires. L'hôpital ne peut répondre à certaines missions, non traditionnelles mais mentionnées dans le cadre de la loi de 1994, comme l'accès aux consultations spécialisées et aux prothèses, la permanence des soins et la garde médicale.

Des réformes de fond sont à envisager dans quatre domaines :

- l'hygiène, autant individuelle que collective, présente des lacunes importantes : hygiène corporelle non respectée (moins de 3 douches par semaine et par personne), un blanchissage inefficace, un système de chauffage défaillant, un mauvais éclairage et l'insalubrité des locaux (peu de nettoyage des cellules).
- la prévention et l'éducation pour la santé sont absentes alors même que la population pénitentiaire en a le plus grand besoin. Plus globalement, la construction d'un programme cohérent de santé publique se heurte à la faiblesse des outils épidémiologiques.
- le dispositif de soins mentaux est inadapté face à une demande croissante (25 % des personnes détenues, voire plus, présentent des troubles mentaux). Les unités pour malades difficiles à l'extérieur des prisons sont saturées, avec pour conséquence des

délais d'attente importants. Dans les prisons disposant d'un SMPR, il n'y a pas d'hospitalisation psychiatrique proprement dites car les cellules [des SMPR] sont identiques aux autres cellules. Enfin, les petites maisons d'arrêt et les établissements pour peine ne disposent pas d'un SMPR. Mêmes constats pour la prise en charge des délinquants sexuels. L'importance de la place en prison de ces derniers est un phénomène nouveau : ils atteignent le quart de l'effectif des condamnés contre 13 % seulement en 1996. Malgré de nouvelles obligations prévues par la loi du 17 juin 1998 (suivi médical psychologique adapté à l'intérieur de la prison, réseau de médecins coordonnateurs et de médecins traitants prévu à l'extérieur), il semble que les préalables n'aient alors pas été réunis. Les obligations imposées par la loi n'ont pas été accompagnées de méthodes et de moyens. De plus, l'absence d'une démarche scientifique coordonnée, l'insuffisante codification des traitements médicaux ainsi que le manque d'outils pour évaluer les traitements à terme ont nui à l'efficacité de cette prise en charge.

- les personnes détenues les plus âgées sont celles qui ont été condamnées pour les délits les plus graves. Dans ces conditions, il est illusoire de penser que tout pourra se régler par la libération de ces personnes. Les problèmes sanitaires liés au vieillissement doivent être résolus dans les établissements pénitentiaires. Les handicaps sont sévères, particulièrement en établissements pour peine. Or la vétusté des équipements et des locaux de détention empêche tout déplacement, ce qui aggrave les problèmes d'hygiène. Quant au nombre de décès, il a augmenté d'un tiers alors que le nombre de grâces médicales a diminué. Les fins de vie liées aux cancers sont de plus en plus problématiques.

L'Assurance Maladie et la santé en prison

Christian Schoch

*Responsable du département des politiques de santé,
Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)*

Il y a lieu de s'interroger sur le lien entre l' Assurance Maladie et la santé en prison. Tout d'abord, le financement de la santé pénitentiaire est réalisé sur les crédits de l'Assurance Maladie et compte tenu de la démographie et de la durée des séjours, les enveloppes consacrées à cet objectif progressent. Par ailleurs, on assiste à une réelle mise en œuvre des missions de la Sécurité sociale en vue de la réduction des inégalités sociales. Mais cet outil tend progressivement à se détacher de son principe fondateur, à savoir la corrélation entre l'obligation d'activité professionnelle dans la durée et le service de prestations en nature.

Cette évolution de l'Assurance Maladie s'intègre dans celle plus générale de la société où les référentiels de la notion d'activité professionnelle ont beaucoup évolué. D'autre part, les impératifs de solidarité en direction des populations démunies et précaires ont clairement glissé vers une responsabilité collective même si, dans ce domaine, l'initiative privée et individuelle reste très prégnante.

Il est intéressant d'observer que les principes de la santé en milieu pénitentiaire préfigurent ce qui est recherché dans l'organisation des soins comme : faire prévaloir l'intérêt des financeurs de la Sécurité sociale et de la société en général en garantissant la qualité des soins au meilleur coût ; instaurer un parcours de soins coordonné à partir d'un diagnostic médical reposant sur des références validées ; enfin, respecter le cadre macro-économique fixé par le législateur ou le titulaire du pouvoir réglementaire, notamment dans l'application de l'objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie.

Certaines conclusions du rapport des Inspections générales des Affaires sociales et des Services judiciaires concernent l'amélioration des conditions et du cadre d'exercice professionnel des médecins. Le rapport évoque également l'organisation dans la durée du suivi médical des personnes détenues (sur la base d'un dossier médical unique) et l'accompagnement des personnes incarcérées tout au long de leur parcours de soins. En effet, la mauvaise organisation des soins primaires favorise le recours aux thérapies les plus coûteuses et à l'hospitalisation systématique. Par ailleurs, la prévention et l'éducation à la santé en milieu pénitentiaire doivent être professionnalisées et faire l'objet d'une stratégie spécifique.

Les progrès réalisés depuis 1994 ont été colossaux. Le chemin qui reste à parcourir pour optimiser l'investissement initial est sans doute de même ampleur.

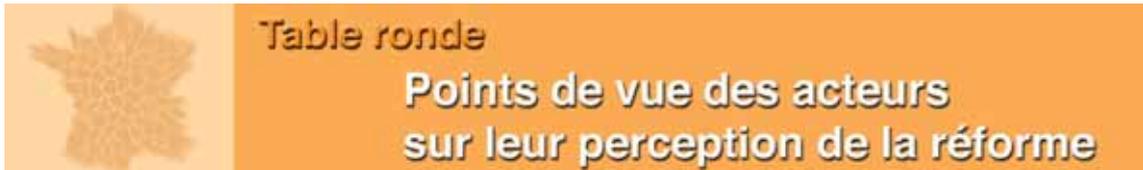


Table ronde
Points de vue des acteurs
sur leur perception de la réforme

Participants :

*François Bès, membre de l'Observatoire international des prisons,
Docteur Pierre-Yves Robert, praticien hospitalier, responsable Ucsa de Nantes*

Michel Saint-Jean, directeur de la maison d'arrêt de Fresnes,

Yannick Chene, directeur adjoint du centre hospitalier de Niort,

Sergio Salvadori, directeur régional des services pénitentiaires de Lille

Animation : Luc Hossepied

Dix ans d'application de la loi du 18 janvier 1994

François Bès

Membre de l'Observatoire international des prisons (OIP)

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la fin de la médecine en milieu pénitentiaire a marqué un pas important dans le développement sanitaire des prisons. Mais de nombreux dysfonctionnements subsistent : hygiène défectueuse, défaillances de la prévention et de l'éducation à la santé, absence de permanence médicale la nuit et le week-end, violations régulières du secret médical et enfin difficultés d'accès aux diagnostics et aux soins spécialisés. L'observation, au cours de ces dernières années, d'un vieillissement de la population carcérale et de la présence constante de personnes gravement malades ou handicapées ont amené le législateur à se pencher sur la question des malades incarcérés, de la compatibilité de leur état de santé avec la détention, et à envisager la possibilité de suspendre la peine pour raison médicale (mars 2002). Cependant, cette mesure reste encore trop peu utilisée, les freins à son application sont nombreux : considération de trouble à l'ordre public, lenteur et complexité des procédures, et absence de lieux pour accueillir les malades à l'extérieur.

La sécurité au détriment du soin ?

Mais le constat le plus important dans le bilan de l'application de la loi du 18 janvier 1994, c'est que le fonctionnement même de l'institution carcérale et le renforcement constant des mesures de sécurité constituent un véritable frein à la mise en place de l'objectif fondamental de la réforme qui était d'offrir une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population. Deux logiques s'affrontent : celle de la garde et de la sécurité contre celle des soins. Le manque d'information lors des transferts, des extractions ou même des libérations, les carences dans la préparation à la sortie empêchent encore un véritable suivi sur la durée. De plus, on attend des soignants qu'ils participent à la lutte contre les trafics de stupéfiants en modifiant les prescriptions de traitements de substitution, qu'ils se prononcent sur le bien fondé d'une sanction disciplinaire, qu'ils effectuent des visites au mitard en présence des personnels de surveillance et derrière les barreaux. Les tentatives récentes de légaliser l'utilisation systématique des menottes et des entraves pour les hospitalisations de personnes détenues illustrent bien l'affrontement auquel on assiste entre ces deux logiques, sécurité vs soin.

Si la pratique de « menottage » des femmes de Fleury accouchant à l'hôpital d'Évry a déclenché de vives réactions en janvier dernier, celle qui consiste à attacher des personnes très malades, handicapées ou vieillissantes, reste encore très largement appliquée partout en France, tant durant le transport que lors des consultations ou des séjours à l'hôpital. Une récente note prévoyant l'usage systématique des menottes dans le dos pour tous les transferts vers l'hôpital a finalement été abrogée pour être remplacée par un texte autorisant de nombreux débordements, dont celui de valider la présence des escortes dans les locaux de consultation pour des malades qui pourront demeurer menottés et entravés. Cette situation entraîne encore des refus de soins, tant de la part des malades qui rejettent un tel traitement, que de certains soignants qui refusent de pratiquer leur mission dans ces conditions. Pour terminer, quelques chiffres : il y a environ 60 000 hospitalisations de personnes détenues par an et 15 évasions. Pourtant, le statut du condamné, du détenu, prime toujours sur celui du malade.

La médecine en milieu pénitentiaire

Pierre-Yves Robert

*Praticien hospitalier,
responsable de l'Ucsa de Nantes*

La loi de 1994 est à l'évidence une bonne loi et pour certains même un succès. Il est vrai que l'introduction de la médecine en milieu pénitentiaire a représenté une avancée en matière de santé publique pour cette population démunie. Mais nous constatons que l'augmentation du nombre de personnes détenues se traduit par une demande de plus en plus importante de soins. En effet, la population carcérale vieillit, son niveau de prise en charge médicale est assez bas et certains problèmes spécifiques se posent, comme ceux relatifs à l'odontologie. Nous ne pouvons pas non plus faire autant de prévention que la situation l'exige. Par exemple, le guide méthodologique « Promotion de la santé et milieu pénitentiaire » diffusé en 1998 qui au départ était innovant n'a pas été réactualisé. Nous sommes ainsi contraints de systématiser les dépistages et de soigner dans des conditions difficiles liées au manque de moyens humains au niveau du personnel soignant (médecins, infirmières...) ; en maison d'arrêt, notamment, les patients doivent faire face à une attente importante pour consulter.

Le caractère sécuritaire des directives concernant la garde rend de moins en moins lisible la mission de réinsertion qu'il nous revient de soutenir. L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire ne peut trouver son sens qu'intégré dans une véritable dimension de santé publique. Car la médecine en milieu pénitentiaire est aussi une médecine d'accueil et de soins d'urgence, une médecine des maladies infectieuses et mentales. Nous prenons la mesure du chemin à parcourir pour que l'ensemble de la population en bénéficie. On ne peut laisser en marge tous ces patients du quart monde que nous voyons dans nos consultations d'arrivants.

Le partenariat avec l'Administration pénitentiaire est une réalité incontestable, où l'échange doit aboutir à un respect des missions de chacun, de son indépendance et de sa sérénité.

Une cohabitation favorable entre l'Administration pénitentiaire et les autres administrations

Michel Saint-Jean

Directeur de la maison d'arrêt de Fresnes

Le premier effet de la loi a été d'assurer aux personnes détenues une qualité de soins équivalente à celle qui est dispensée à l'extérieur des prisons. Le droit à la santé des personnes détenues a été complètement pris en compte. Cela a induit chez les personnes détenues le sentiment de reconnaissance de leur humanité à part entière. Que des praticiens hospitaliers et des infirmiers du ministère de la Santé s'occupent de leurs problèmes médicaux était le signe qu'ils étaient dignes d'une véritable médecine, la même que celle à laquelle accédaient les citoyens libres. Cette reconnaissance d'humanité et de dignité a été essentielle pour la perception par les personnes détenues des soins en prison : non plus une « sous-médecine » pour une « sous-humanité » mais des soins en rapport avec leur dignité d'être humain.

Une cohabitation imposée mais...

Il a fallu que l'Administration pénitentiaire s'habitue à cohabiter avec une culture qui différait de la sienne. Les débuts n'ont pas été simples et des réticences, voire des résistances, se sont instaurées. Auparavant, le personnel médical et paramédical était à la solde de l'Administration pénitentiaire. Depuis la loi de 1994, le personnel soignant dépend du ministère de la Santé. L'Administration pénitentiaire a dû apprendre à respecter le travail des Ucsa, à ne pas s'immiscer dans ce travail et à ne pas forcer le secret médical. La culture pénitentiaire repliée sur elle-même a dû s'ouvrir, percevant les intervenants d'autres administrations comme des intervenants « extérieurs » (dans le sens d'étrangers à l'institution pénitentiaire, seule « maîtresse des lieux »). Cette dernière a souvent ressenti l'intervention « extérieure » comme une intrusion et un dérangement de l'ordre établi. Il a donc fallu accepter que le personnel de santé passe du statut d'intrus à celui de partenaire. La prison n'appartient plus au seul personnel pénitentiaire mais à tous ceux qui apportent leur contribution à son fonctionnement et qui sont missionnés pour cela. La prise en compte de la souffrance des personnes détenues a conduit à une professionnalisation de la santé, ainsi qu'à l'humanisation des prisons.

La nécessité d'une prise en charge médicale des « personnes détenues »

L'état de santé des personnes arrivant en prison est souvent déplorable. Les corps ont été négligés, soumis à des traitements dommageables. L'Ucsa participe ainsi à la reconstruction de la personnalité des personnes détenues. Elle est partie prenante de la mission de réinsertion de l'Administration pénitentiaire en délivrant des soins appropriés à la population pénale. De plus en plus de personnes détenues sont perturbées psychologiquement, leurs infractions ou leurs crimes étant souvent en relation avec des troubles mentaux nécessitant un important travail avec les personnels en charge de la santé mentale. Ces derniers aident considérablement l'Administration pénitentiaire. La prise en charge des délinquants sexuels est un exemple concret de ce qu'a pu apporter la médecine psychiatrique à l'Administration pénitentiaire dans le cadre de la gestion des personnes détenues. Avant la réforme de 1994, ce travail n'était pas effectué, ou en tout cas, de manière bien moins efficace, en l'absence de moyens adéquats.

L'arrivée des Ucsa et des unités psychologiques et psychiatriques ont par ailleurs donné la possibilité aux personnes détenues d'avoir accès à des interlocuteurs hors du champ de l'Administration pénitentiaire, offrant ainsi un nouvel espace de parole. Le rôle social de la médecine n'est pas à minimiser. Les personnes détenues peuvent se confier au personnel soignant et ainsi soulager la pression de l'univers carcéral. Ce qui est évoqué avec son médecin ne peut pas toujours être dit au surveillant ou au personnel pénitentiaire en général.

Au final, si un bilan devait être fait par le personnel pénitentiaire dix ans après la loi, la majorité demanderait à poursuivre l'expérience. Les personnels pénitentiaires ont totalement intégré la loi, celle-ci leur est devenue une nécessité, une règle de travail et de cohabitation au quotidien.

Retour sur la genèse de la loi de 1994

Yannick Chene

Directeur adjoint du centre hospitalier de Niort

Mon propos est essentiellement basé sur le récit de la mise en place pratique d'une réforme ambitieuse, mais difficile à concrétiser dans les faits lorsqu'on se place dix ans en arrière.

Historique

Le Haut Comité de la santé publique a été saisi par le ministre de la Justice, M. Vauzelle, et le ministre de la Santé, M. Kouchner, le 15 juillet 1992, pour une mission destinée à faire des propositions sur « les modalités d'un dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues qui soit le mieux à même de répondre aux particularités présentées par cette population dans une démarche de santé publique ». Les délais fixés par les ministres étaient particulièrement « serrés » car le rapport final devait être remis pour le 15 novembre 1992. Cette mission a été confiée à M. Chodorge, directeur d'hôpital, et au Professeur Nicolas. Les conclusions suggéraient la mise en place d'une organisation particulièrement novatrice permettant un accès aux soins somatiques et de santé mentale. En effet, il était proposé de « coupler » chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé auquel serait confiée la responsabilité de la maîtrise d'œuvre de l'ensemble des soins aux personnes détenues, tant à l'intérieur de la prison que dans la structure hospitalière (pour les consultations très techniques et les hospitalisations). Tel était le cœur du problème. Les textes législatifs et réglementaires ont repris ces propositions. Pour leur mise en œuvre, une circulaire datée du 8 décembre 1994 a fixé de façon très pragmatique et dans le détail les règles de fonctionnement. Des tractations budgétaires, qui n'ont pas toujours été simples, ont été engagées pour mettre en place cette importante réforme.

En tant que directeur Adjoint au centre hospitalier du Mans en charge de la direction des affaires médicales, le directeur général m'avait demandé de conduire ce dossier. En premier lieu, il a fallu bien définir notre rôle et je dois reconnaître avoir rencontré une écoute attentive de la part de la direction des soins infirmiers avec laquelle nous avons convenu de « ne rien casser » et d'avancer prudemment mais avec la volonté affirmée de prendre en charge les personnes détenues dans un contexte sanitaire.

Les obstacles identifiés

Au plan hospitalier, aucune opposition particulière de la part des personnels (tant médicaux que paramédicaux) n'a été rencontrée, si ce n'est une certaine réserve quant à une intervention directe de l'hôpital dans un milieu méconnu. Les premiers rapports avec l'Administration pénitentiaire et le personnel de la maison d'arrêt du Mans ont été un peu difficiles malgré les nombreuses réunions de présentation du dispositif. Nous apparaissions comme des intrus et, surtout, la reprise de certaines missions sanitaires jusqu'alors dévolues au personnel de surveillance de la maison d'arrêt du Mans a été vécue comme une véritable dépossession de pouvoir. Il faut également noter que le personnel paramédical qui intervenait déjà dans la structure avait, avec le personnel de surveillance, décidé de mettre en place une stratégie d'éviction basée sur un refus de collaboration. Sur un plan plus pratique, le fait de pouvoir bénéficier, à l'occasion de notre installation, de locaux rénovés et plutôt agréables par rapport aux autres locaux de cette maison d'arrêt n'a pas été favorable à la perception de l'hôpital. En effet, le personnel de surveillance ne considérait pas ces investissements comme prioritaires, par rapport à la demande de certains aménagements pour l'amélioration du confort des personnes détenues (demande restée jusqu'alors sans réponse par manque de crédits).

La stratégie de mise en place

Compte tenu de cette situation, l'objectif était simple, à savoir nouer des relations de confiance avec l'encadrement de cette maison d'arrêt afin de pouvoir mettre en place une organisation médicale et paramédicale fiable et surtout reconnue. Dans ce contexte, il est apparu souhaitable que la directrice des soins infirmiers et moi-même prenions en charge personnellement ce dossier pour l'ensemble de ces composantes en traitant tous les problèmes, quels qu'ils soient, de façon très réactive et en apparaissant comme les seuls interlocuteurs pour la mise en place du projet. Le médecin qui intervenait alors dans cette maison d'arrêt nous a appuyés dans notre démarche.

« Il n'y a de problèmes que d'hommes » et l'équipe paramédicale du centre hospitalier a bien compris les enjeux. Elle s'est complètement investie dans sa mission et a fait preuve d'un grand discernement. Elle a expliqué la raison de sa présence et surtout le contexte dans lequel elle devait évoluer, à savoir une politique de complémentarité et non pas de dédoublement d'activités. Des relations de confiance se sont nouées entre les différents participants ; la stratégie de départ, qui consistait à organiser un noyau dur décisionnel, s'est avérée efficace car, un an après, nous avons pu constituer une véritable équipe associant les directions respectives et le corps médical. Le personnel de surveillance a fait

preuve d'un très grand professionnalisme ; un dialogue permanent s'est ainsi instauré permettant l'échange entre les différents acteurs et un grand respect mutuel. Nous avons réussi tous ensemble à concrétiser l'esprit de la réforme. Cette expérience a été enrichissante, malgré quelques difficultés occasionnées par des mouvements de grève cherchant à remettre en cause notre organisation. Elle a débouché sur la mise en place d'un cadre réglementaire précis permettant de répondre à plusieurs questions pratiques.

Aujourd'hui, dix ans après l'instauration de la loi, je ne me risquerai pas à porter de jugement de valeur. Mais je suis persuadé qu'au-delà des difficultés réelles, notamment en ce qui concerne la surpopulation en milieu carcéral, tous les acteurs se sont appropriés cette importante réforme, assurant ainsi une amélioration évidente de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Une meilleure prise en charge sanitaire des personnes détenues

Sergio Salvadori

Directeur régional des services pénitentiaires de Lille

Du point de vue du chef d'établissement pénitentiaire que j'étais, et de celui de la Direction régionale des services pénitentiaires où je suis depuis plus de 4 ans, je retiendrai de l'application de la loi de 1994 plusieurs éléments concrets : la très nette amélioration intervenue dans l'écoute et la dispensation des soins aux personnes détenues, l'augmentation du nombre d'actions d'éducation à la santé, et le développement du partenariat sanitaire-pénitentiaire. Le grand changement positif, vécu aussi par les personnes incarcérées, a été l'affiliation à la CPAM, entraînant la prise en charge de leur famille comme ayants droit, et aujourd'hui, l'accès à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

Des moyens sans précédents ont été à l'origine de ces améliorations ayant pour but de procurer aux personnes détenues le même niveau de qualité dans leur prise en charge sanitaire que les citoyens libres. Les évaluations partielles effectuées ont mis en évidence une multiplication par 100 des dépenses effectuées entre 1993 et aujourd'hui, en termes de santé. Côté pénitentiaire, nous avons dû nous adapter à une plus grande fréquence d'extractions médicales, et souvent dédié des postes à la réalisation des escortes. Au sein de la prison, nous avons également fait évoluer les systèmes de contrôle des mouvements des personnes détenues - patients entre leur cellule et les locaux de l'Ucsa. On estime en moyenne qu'un tiers de l'effectif de l'établissement passe à l'Ucsa chaque jour. Ceci a occasionné un accroissement très sensible des tâches des surveillants chargés d'ouvrir / fermer les portes et d'accompagner les mouvements.

Retour sur la situation précédant 1994

Le contraste frappant avec la situation antérieure vécue par l'ensemble des acteurs mérite d'être souligné. Des locaux exigus, des infirmières au compte-gouttes, des dentistes absents, des médecins difficiles à trouver, toujours pressés, souvent remplacés par des étudiants étrangers achevant leur externat... Telle était la situation qui permettait aux bonnes âmes de l'époque de pouvoir reprocher aux pénitentiaires leur inhumanité. Des dons du sang régulièrement présentés comme un geste rachetant un peu la faute commise contre la société. Un système ressemblant à une médecine de guerre dans laquelle se traitaient prioritairement les cas les plus perturbateurs,

ne pouvant faire beaucoup plus, et où les moyens existants étaient finalement plutôt optimisés.

L'arrivée de l'hôpital

Les personnels ont dû apprendre à se connaître, en s'éprouvant, en se testant, parfois dans un combat de territoire, les uns imposant leur science, les autres leur connaissance du milieu. Alors que les coûts et le nombre de médicaments distribués étaient apparus trop importants dans l'analyse de l'ancien système, l'arrivée des soignants s'est traduite, contrairement aux vœux du législateur, par une augmentation des prescriptions et leur corollaire de trafics, ingestions massives et overdoses, sous l'œil narquois ou furieux des pénitenciers qui l'avaient présagé. Ceci a donné lieu à des « règlements de compte » entre les personnes détenues qui avaient reçu « trop » de médicaments, ceux qui n'en avaient pas eu, ou pas assez. La politique de substitution a fait progressivement disparaître toute option tournée vers le sevrage volontaire. La volonté de responsabilisation du patient a permis de passer de l'administration du traitement ponctuel à la remise de traitements complets pour plusieurs jours, à l'Ucsa. Les personnels de santé ont pu mesurer les comportements consuméristes des personnes détenues, dont la privation de liberté développe rarement la responsabilisation. Vivant en lien direct et en permanence avec les personnes détenues, ces personnels doivent entretenir une bonne relation où souvent la tendance au compromis l'emporte sur la fermeté. Dans la plupart des cas, le recul n'est possible, pour la prise de décision, qu'à ceux qui n'ont pas de contact direct et permanent avec les personnes détenues.

Les améliorations attendues

Au registre des difficultés, les désillusions de certains soignants — qu'il s'agisse du statut attribué au sein de l'hôpital au médecin coordonnateur, ou encore de la reconnaissance de leurs missions à l'instar de leurs collègues de l'hôpital — figurent au premier rang. Mentionnons ensuite les besoins en surface de locaux qui, malgré les efforts importants faits pour mettre en place la réforme il y a dix ans, ne sont plus aujourd'hui satisfaits par le respect des anciennes normes. L'insuffisance, la déficience de la prise en charge psychiatrique se placent au troisième rang. Nous constatons aujourd'hui que les personnes à l'équilibre psychologique perturbé, auteurs d'actes de violences, se retrouvent toutes, ou presque, en prison. Le nombre d'hospitalisations d'office est plus élevé. Le nombre d'actes de violence dans la prison causés par le comportement de ces personnes est aussi plus important. Cet aspect sanitaire n'a pas été suffisamment pris en compte. Il est regrettable qu'à chaque fois que l'on évoque cette question, les réponses

exprimées se réduisent à la gestion des ressources humaines de l'hôpital : la souffrance des personnes malades et les préjudices consécutifs aux situations de violence sont alors très vite évacués et sont finalement acceptés comme une fatalité. Un exemple dans la DRSP de Lille : sur l'ensemble des praticiens hospitaliers publics dans le département (plusieurs dizaines), aucun n'assume la responsabilité du SMPR installé dans ce département, dont le secteur de l'hébergement n'a pas été ouvert depuis sa création il y a presque 10 ans en raison du manque de personnel infirmier. Plusieurs médecins se succèdent à raison d'une demi-journée de présence chaque jour du lundi au vendredi. J'ai l'espoir que les perspectives de création d'unités spéciales dans les hôpitaux pour l'accueil des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques améliorent cette situation qui fait honte à l'organisation de la psychiatrie publique française.

Les obstacles non surmontés

Si le fonctionnement interne de l'Ucsa et le service apporté aux personnes détenues apparaît comme très satisfaisant, la « collaboration » attendue de la part de l'Ucsa par ses partenaires est souvent déficiente. Le secret médical est souvent utilisé comme un bouclier, il est perçu par les pénitenciers comme une protection pour le corps médical et ses pratiques (plus que pour le patient lui-même). L'esprit du travail pluridisciplinaire, dans lequel chacun des acteurs reconnaît à l'autre et à ses missions une place équivalente à la sienne, doit encore progresser. Travailler avec les autres acteurs de la prise en charge devrait être obligatoire et non perçu comme une faculté optionnelle se déclinant à la faveur des sensibilités individuelles. Cet enjeu est capital dans la prison, car les relations entre les acteurs vont parfois modeler la conception par le détenu - patient de son projet de sortie. Je ne citerai pas les nombreux cas de manipulation par une personne détenue des différents acteurs de sa prise en charge, pour les dresser les uns contre les autres, lorsqu'ils ne se parlent pas.

Soigner une personne détenue n'efface pas les motifs de sa présence en prison. La relation de confiance qui doit s'établir entre le soignant et le patient ne doit pas être pervertie en une espèce d'alliance contre la prison ou les personnels pénitenciers, contre le système répressif de la République française. Les avis de non compatibilité de l'état de santé avec un placement au quartier disciplinaire peuvent en être un exemple, surtout lorsqu'ils sont émis de manière systématique. La référence permanente, lorsque l'on parle des personnels de santé exerçant en prison, c'est la non-appartenance à l'Administration pénitentiaire. Cette expression presque systématique est un signe, que l'on ne retrouve pas chez les enseignants de l'Éducation nationale, ou encore chez les intervenants divers pour l'emploi, la formation, la culture, qui ne ressentent donc

pas aussi fortement ce besoin de se « démarquer ». Les acteurs de santé participent pourtant aux missions du service public pénitentiaire dont l'Administration pénitentiaire n'est qu'un acteur. C'est le regard posé par certains acteurs de santé sur les missions pénitentiaires qui me paraît devoir évoluer. Les opportunités pour un vrai partenariat existent pourtant, à travers différentes commissions : celle de la prévention des suicides et de l'indigence, celle de l'orientation et du classement. Les partenaires ne travaillent pas toujours ensemble, ou pas assez.

Les besoins d'expertise médicale pour des actes de la vie quotidienne (comme l'aptitude au travail, au sport) sont quelquefois exclus du champ de compétence admis par les praticiens, ce qui interdit toute possibilité de collaboration au service de la personne prise en charge. Cela peut bien entendu être logique, dans une relation de soin stricto sensu. Cependant, je crois qu'il faut parfois privilégier l'intérêt de la personne détenue à l'application restrictive de textes faisant fi de la réalité des moyens. Les gardes médicales posent problème sur beaucoup de sites, l'appel au centre 15 étant le plus souvent la meilleure solution.

Les relations entre Ucsa, médecins inspecteurs, médecins de prévention, sont parfois mauvaises (voire impossibles), alors même que la notion de secret médical n'est plus opposable. Nous venons de connaître dans un établissement une contagion tuberculeuse importante pour ces motifs. Il faut absolument que chacun comprenne qu'il ne détient pas le monopole de la meilleure prise en charge, et que le rôle des autres est tout aussi important.

Les « plus » incontestables

Les personnes détenues bénéficient actuellement d'une prise en charge bien supérieure à celle d'avant, et même à celle d'aujourd'hui, à même niveau social, en milieu libre. Dans les secteurs spécialisés carencés (l'ophtalmologie, par exemple), les délais de rendez-vous sont beaucoup plus courts en prison que pour tout citoyen à l'extérieur. Le repérage des maladies, le dépistage, la recherche des signes de fragilité psychologique, la considération humaine accordée par les soignants sont sans commune mesure avec ce qui est accordé, en milieu libre, à des personnes de milieu social comparable.

L'ouverture récente de l'UHSI de Lille a montré l'exemple d'une collaboration réussie, dans le respect de la déontologie et des missions de chacun. Il eût été très facile de créer des blocages entre tel aspect qualitatif médical et tel impératif de sécurité pénitentiaire. La détermination commune à bien articuler les compétences hospitalières et pénitentiaires donne aujourd'hui un résultat remarquable. C'est bien sûr la volonté du législateur et l'attribution de moyens qui ont permis cette réalisation. C'est aussi et surtout le jeu des acteurs sur le terrain qui a produit l'opérationnalité et l'efficacité de l'action que l'on peut maintenant constater.

Il y a véritablement nécessité à conjuguer les efforts de chaque partenaire car les publics accueillis sont le plus souvent dans une extrême difficulté. Les expériences vécues m'ont prouvé que dans ce domaine tout était possible, ainsi que son contraire, puisque nous nous trouvons dans le champ du relationnel. Faisons en sorte que le relationnel qui marche soit valorisé. J'espère que le colloque organisé aujourd'hui y contribuera.



Table ronde
**Droits des patients détenus et
éthique de soin en milieu carcéral**

Participants :

*Marc Bessin, sociologue-chercheur au CNRS,
Jean-François Bloch-Lainé, médecin, membre du Comité consultatif d'éthique,
Jean Pouillard, médecin, vice-président du Conseil national de l'ordre des médecins,
Jean-Baptiste Thierry, ATER à la Faculté de droit de Toulouse I*

Animation : Luc Hossepied

L'éthique à l'épreuve des ajustements professionnels en prison

Marc Bessin

*Sociologue, chercheur au CNRS,
Centre d'étude des mouvements sociaux,
école des hautes études en sciences sociales*

L'éthique et le droit sont conditionnés par l'existence d'un espace public, c'est-à-dire par un minimum de confiance. Au-delà des conditions objectives entravant l'accès des personnes détenues au statut de patient (qui se négocie en permanence), la méfiance et la suspicion généralisées, compliquent les relations de soins en prison. En ce sens, la prison constitue le degré zéro de l'espace public. Elle tend à alimenter un manichéisme derrière lequel tous les acteurs se protègent. Quelle que soit sa mission première, chaque intervenant en prison est enfermé dans une contradiction structurelle qui traverse le monde carcéral : le conflit entre les impératifs de « garde » et « d'entretien ». La rhétorique du « choc des cultures » permettait aux différents personnels d'occulter l'enchevêtrement des logiques professionnelles en prison et de préserver des certitudes quant aux valeurs morales assignées aux finalités de leurs missions : d'un côté, les soignants habitués aux conditions de travail à l'hôpital et méconnaissant les contraintes pénitentiaires ; de l'autre, les « gardiens », chargés de la répression et de la surveillance, peu soucieux de l'éthique et du secret médical. En fait, pénitentiaires et hospitaliers coopèrent, précisément parce qu'ils sont confrontés à la même situation et à la violence du monde carcéral. À l'encontre du cadre interprétatif (« choc des cultures ») entretenu par les professionnels de santé pour mettre en avant leur appartenance à une communauté médicale unifiée et tirant tous les avantages moraux d'une confrontation avec l'institution pénitentiaire, il faut analyser ces segmentations professionnelles pour éventuellement parler d'éthique. Car si les soignants se présentent dans une neutralité affective (« soigner sans juger ») et une intégrité déontologique (« chacun à sa place »), on observe des manières différenciées de partager les compétences avec les autres professionnels. Des recompositions de pratiques et des redéfinitions de l'éthique professionnelle se mettent en place dans l'ajustement des logiques pénitentiaires et sanitaires, chacun tentant de légitimer son travail, menacé par la dévalorisation liée au cadre d'exercice. Deux situations peuvent illustrer ce propos.

La proximité avec le corps des détenus : partager le « sale boulot » ?

La confrontation avec le corps malade des personnes détenues pose la question de la gestion des hommes incarcérés les plus diminués et du partage du « sale boulot ». Qui doit s'occuper des handicapés, secourir les grabataires, aider les vieux, assister les toxicomanes les plus dépendants ? Infirmières et surveillants luttent pour ne pas ajouter cette charge à leur travail, en l'absence d'aides-soignantes. À travers les consultations et les soins, les infirmières détiennent le monopole des relations compassionnelles, mais elles doivent également consacrer une part importante de leur temps à des tâches administratives et techniques. De leur côté, les surveillants, tentant de construire des barrières de distinction entre les détenus et eux, sont également déstabilisés par les prisonniers malades qui suscitent plus la compassion que la méfiance. Ils redoutent ainsi un glissement du relationnel à « l'affectif », qui paralyse les rapports sécuritaires, même si tout ce qui « humanise » et singularise les détenus peut aussi fonctionner comme un mode de prévention des violences. La prise en charge des prisonniers les plus dépendants revient ainsi largement aux codétenus, alors qu'ils occupent la position la plus fragile.

L'arbitraire est de mise quand les co-détenus (qui ne sont évidemment soumis à aucune déontologie professionnelle) sont sollicités dans la prise en charge de la santé : aide à la rédaction de courriers, soutien matériel et parfois affectif aux malades en convalescence, signalements... Car ils peuvent aussi bien apporter leur concours aux malades incarcérés que les mettre à l'écart ou les « punir » de leurs défaillances (les malades « dévirilisés » incarnant la « victoire » du système pénitentiaire suscitant tout autant la pitié que le dégoût). Ainsi, l'accompagnement des plus malades peut fonctionner comme un système de délégations en cascade, où chacun travaille à la préservation d'une distance avec une population qui symbolise soit l'exposition au risque de dévalorisation professionnelle, soit l'exposition au risque de la mort carcérale.

Ordre, peine et soin...Partager les objectifs ?

Certaines situations critiques (états de crise, risques de trafic ou de suicide par les médicaments) permettent d'observer les dilemmes posés aux soignants autour de leur participation à l'ordre carcéral. Les soignants en prison sont aussi régulièrement invités à s'associer à l'application des peines : clarifier les objectifs de la peine et du soin devient dès lors une exigence éthique de leur profession. Les négociations sur les modalités de la coopération, notamment sur la participation aux réunions interdisciplinaires, mettent en lumière les arguments en présence, dans une conjoncture où se développe l'injonction de soins en matière d'agressions sexuelles.

L'obligation de soins représente l'aspect légal d'une tendance plus générale à considérer la prison comme un lieu de soins, tendance largement entretenue par l'amélioration du dispositif sanitaire en prison. Certaines incarcérations se trouvent ainsi justifiées pour des personnes dont il est dit qu'elles pourront « rencontrer leur santé » en prison et les malades psychotiques sont de plus en plus emprisonnés. Si les soignants constatent que l'incarcération peut être l'occasion propice pour entamer un suivi, leur expérience de l'épreuve carcérale et de ses conséquences psychiques et somatiques les amène généralement à lutter contre cette conception de la prison « réparatrice », qui constitue un important effet pervers de la réforme de 1994.

La dignité des personnes détenues est-elle respectée ?

Jean-François Bloch-Lainé

*Médecin,
membre du Comité consultatif national d'éthique*

La peine de prison, c'est la privation de la liberté de mouvement. La privation de ce droit absolu est une peine judiciaire immense, mais ce n'est que cela. Ce n'est en principe rien d'autre, et ce ne peut pas être la négation de la dignité. Or, dans les prisons de France, la dignité des personnes incarcérées est-elle respectée, préservée, sanctuarisée ? La dignité des personnes incarcérées est-elle l'objet d'attentions identiques pour chaque personne détenue ? Les moyens mis à la disposition des personnels de surveillance et de soins sont-ils dignes d'un pays riche, membre du G8 ? La santé des personnes détenues est-elle assurée dans les conditions optimales et avec les moyens dont dispose la médecine ordinaire ?

Ouvrir la « médecine des prisonniers » à la « médecine des gens libres »

Plusieurs questions éthiques me semblent être ici posées. Ces questions concernent notamment : la condition des malades mentaux, de plus en plus nombreux dans les prisons françaises, la condition faite aux personnes mineures, aux personnes toxicomanes, et aux personnes transgenres. Ces questions sont relatives à la sexualité et aux fins de vie dans les prisons. Les pathologies induites par l'enfermement sont près de dix fois supérieures à celles observées en population générale. Même constat pour les actes suicidaires.

La dignité des personnes détenues est-elle respectée ? C'est la seule question éthique qui vaille ici. En dix ans, la médecine en prison est sortie de l'univers carcéral. La santé des personnes détenues n'est plus sous la responsabilité du ministre de la Justice, elle est placée sous la responsabilité du ministre de la Santé. C'est là un premier pas vers le respect des personnes incarcérées. Il ne saurait être le seul. Assurer le respect de la dignité de tous les détenus réclame, à mon sens, l'ouverture de la médecine en prison à la médecine ordinaire (c'est-à-dire la médecine disponible pour chaque personne vivant sur le territoire de la République). C'est ainsi qu'il me paraît possible et nécessaire que chaque prison soit dotée d'une sorte de dispensaire où chaque détenu pourra choisir entre plusieurs médecins. Cette procédure permettra d'éviter tout risque de déficit de soin pour les personnes détenues et tout risque d'accusation de « privilège » pour

les malfrats. On accuse souvent, en effet, l'administration de mieux soigner les prisonniers que leurs surveillants, comme si l'on préférait les bandits à leurs geôliers. Si on fait en sorte que les personnes détenues aient accès aux soins ordinaires, chacun sera égal face au droit aux soins.

Le transfert de compétence de la place Vendôme à l'avenue de Suffren a pris dix ans. Faudra-t-il le même nombre d'années pour ouvrir la « médecine des prisonniers » à la « médecine des gens libres » ?

Déontologie et droit des patients

Jean Pouillard

Médecin,

vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins

La coopération médico-judiciaire est une nécessité qui, compte tenu des impératifs déontologiques et éthiques liés à la profession médicale, ne doit constituer ni une entrave au cours normal de la justice ni une entrave au respect de la dignité des personnes détenues, de leurs intérêts individuels, et de leur santé. Dans ce contexte, sept éléments principaux sont à considérer dans la pratique professionnelle.

- **L'éventualité de sévices ou de mauvais traitements** : le médecin examinant une personne détenue « *ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire* » (art. R.4127-10 du code de la santé).

- **L'impartialité** : le médecin doit « *écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs, leur situation, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* » (art. R.4127-7 du code de la santé).

- **Le secret professionnel**, « *institué dans l'intérêt des patients, s'adresse à tout médecin dans les conditions prévues par la loi* » (art. R 4127-4 du code de la santé), de sorte que toute personne détenue soit assurée que, même après sa mort, ses confidences, ses secrets les plus intimes, toute révélation ou tout diagnostic, ne risquent pas d'être trahis par un tiers — quel qu'il soit — et ne nuisent ni à sa mémoire ni à sa réputation. Cela justifie que les dossiers médicaux soient « *conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis* » (art. R. 4127-96 du code de la santé).

- **Le respect de la personne détenue** : « *Chacun a droit au respect de sa vie privée* » (code civil art. 9). Les principes d'éthique médicale européenne, la Cour européenne des Droits de l'Homme, la Convention européenne de Droits de l'Homme (art. 8) confirment le droit au respect de la vie privée des malades, la confiance des services de santé, les informations transmises devant être « *confidentielles, pertinentes et non excessives* ». Toute discrimination étant proscrite, le médecin ne peut cependant ignorer

le risque de désordres psychiatriques, infectieux, toxicomaniaques ou sexuels dans un contexte physique, mental et social sensible pouvant aller jusqu'au refus de soin ou à la grève de la faim.

- **La qualité des soins** : les personnes détenues doivent être assurées d'une prise en charge sanitaire dans des conditions qui ne puissent compromettre ni la qualité et la continuité des soins, ni les règles d'hygiène et de prophylaxie (art. R.4127-10, 11 et R. 4127-71 du code de santé publique).

- **Les dérogations au secret professionnel** : le code de déontologie médicale établit 13 dérogations légales obligatoires, 5 dérogations permises par la loi et 5 dérogations jurisprudentielles permettant aux médecins de faire état des informations qu'ils détiennent sans encourir les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal (et justifiant ainsi que le médecin puisse être mandaté en toute légalité par l'autorité judiciaire).

- **L'indépendance professionnelle** : *« le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration [...] n'enlève en rien à ses devoirs professionnels [...]. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation de son indépendance dans son exercice médical [...]. Il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes détenues et de leur sécurité »* (art R. 4127-95, du code de la santé).

| |
|--|
| Dans toutes les situations où le médecin est mandaté par une autorité de justice, il importe que la priorité soit donnée, en toute indépendance professionnelle, à l'état de santé de la personne détenue. |
|--|

Aspects juridiques des droits des patients détenus et de l'éthique des soins en milieu carcéral

Jean-Baptiste Thierry

*ATER à la faculté de droit de Toulouse I,
membre de l'Iscrimed, faculté de droit de Nancy II*

La loi de 1994 a accompli des progrès importants dans la situation sanitaire des détenus. Tout détenu est ainsi affilié automatiquement à la sécurité sociale, les soins sont désormais assurés par le service public hospitalier et le principe est celui de la continuité des soins. La finalité de ce texte est d'aligner le régime des soins reçus en détention sur celui existant à l'extérieur. La situation des patients détenus s'est grandement améliorée. Ceux-ci constituent une catégorie particulière de patients. Ce particularisme s'explique notamment par leur état de santé : la population carcérale présente globalement plus de pathologies que la population libre, ceci s'expliquant partiellement par le fait que beaucoup de catégories socialement défavorisées la composent, par le vieillissement de la population carcérale et par l'environnement carcéral pathogène (en raison de la promiscuité, des problèmes d'hygiène et d'insalubrité des locaux, mais aussi de pathologies spécifiques liées à la détention).

Droits des patients détenus et éthique des soins

Ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus : là où la loi ne distingue pas, il n'y a pas lieu pour nous de distinguer. Les droits reconnus à tout patient le sont également à ceux qui sont détenus. La loi du 4 mars 2002, dans le rappel qu'elle effectue des droits des patients, ne distingue pas selon la situation pénale du malade. Dès lors, il y a lieu de considérer que le détenu malade est, sur le plan des droits qui lui sont reconnus, un malade comme un autre. Pour autant, il ne faut pas s'arrêter à ce constat. La privation de liberté comporte un certain nombre de conséquences dont il faut tenir compte pour analyser juridiquement les droits des patients détenus. La personne privée de sa liberté sur décision judiciaire est confiée à l'Administration pénitentiaire, laquelle a pour mission, définie aux articles D. 188 et D. 189 du code de procédure pénale, d'assurer la garde et l'entretien des personnes qui lui sont confiées, tout en assurant le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. Il s'agit donc de concilier le respect de la dignité des détenus avec celui de la sécurité de tous. L'impératif de sécurité pénitentiaire va inévitablement avoir un retentissement sur l'exercice des droits des patients détenus, sinon sur l'existence même de ces droits. La vie de

la personne détenue est ponctuée de contraintes auxquelles elle doit se soumettre. Le patient détenu n'est donc pas un malade comme les autres : il est privé de sa liberté bien qu'il soit malade, mais peut également bénéficier d'autres droits en raison de son état de santé. L'interaction entre les droits des patients et le milieu carcéral va donc donner lieu à deux dynamiques opposées : l'influence du milieu carcéral sur les droits des patients détenus vs l'influence de l'état de santé de la personne détenue sur l'exécution de la peine.

Influence du milieu carcéral sur les droits des patients détenus

La normalisation de la relation de soins telle qu'elle a été voulue par le législateur de 1994 ne signifie pas que les personnes détenues soient soignées dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur. La privation de liberté oblige à aménager cette relation de soins. Ainsi, le détenu ne pourra pas consulter librement, comme il aurait pu le faire à l'extérieur. Les lieux de soins seront également spécifiques. Les consultations se déroulent au sein des Unités consultatives et de soins ambulatoires (Ucsa) et les hospitalisations ont vocation à se dérouler au sein d'Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), prévues dès la loi de 1994, mais réellement en fonction depuis 2002. Les lieux de soins sont donc dérogoratoires, mais le droit à la santé n'est pas remis en cause. L'exercice du droit, c'est-à-dire le droit effectif de recevoir des soins, se voit en revanche modulé pour répondre aux contraintes de l'univers carcéral : contraintes liées à la présence d'une escorte pour aller sur le lieu de soins (si celui-ci est extérieur à la prison, ce qui est le cas des UHSI), contraintes liées à la démarche de soins elle-même (puisque le détenu doit souvent solliciter auprès d'un surveillant, lequel transmettra sa demande à l'Ucsa) et contraintes liées aux moyens alloués.

Le plus grand risque d'atteinte aux droits des patients détenus vient de l'exigence de sécurité. Cette exigence de sécurité va entraîner l'intrusion d'un tiers dans le colloque singulier entre le soignant et son patient : le surveillant pénitentiaire. Le secret professionnel auquel sont astreintes les professions de santé ne connaît que de rares exceptions. La pratique de certains établissements — consistant à ce qu'un ou plusieurs surveillants assistent à la consultation, à l'Ucsa ou à l'hôpital — ne doit donc être qu'exceptionnelle et motivée pour des raisons impérieuses de sécurité, liées notamment à la dangerosité de la personne détenue. Hormis ce cas, le secret professionnel doit être assuré de la façon la plus adéquate, en ce qui concerne le dossier du patient notamment, qui doit être conservé dans des conditions garantissant la confidentialité. Enfin, un autre risque d'atteinte au droit de recevoir des soins est celui qui a trait aux modalités de transport des patients détenus vers le lieu de soins (les fameuses « extractions médicales », qui donnent trop souvent lieu à des abus relatifs au port de menottes

et entraves. Si le but est là encore de prévenir le risque d'évasion, il y a lieu de concilier cette pratique avec le nécessaire respect de la dignité de la personne détenue. Sur ce point, la France a été condamnée pour violation de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme par l'arrêt du 27 novembre de 2003 (affaire Henaf). L'article 803 du code de procédure pénale doit être interprété strictement : il ne prévoit la possibilité du port de menottes ou d'entraves que si l'individu est considéré comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, ou s'il est susceptible de prendre la fuite. Quant au fait d'entraver le patient à son lit d'hôpital, il ne doit là encore s'agir que d'une pratique exceptionnelle, la Cour ayant précisé qu'une telle pratique était injustifiée dans le cas d'espèce, deux gardes étant en faction devant la porte de la chambre.

Le milieu carcéral et les contraintes qu'il engendre sont donc autant de sources potentielles d'atteintes aux droits des patients détenus, atteintes qu'il convient de limiter autant que faire se peut. Les droits des patients détenus présentent en revanche quelques spécificités qui vont induire un certain nombre de conséquences sur l'exécution de la peine.

Influence de l'état de santé du détenu sur l'exécution de sa peine

La meilleure prise en compte de la santé des détenus opérée par la loi de 1994 a eu des conséquences sur l'exécution de la peine, en ce sens que la santé est devenue un élément à prendre en compte dans l'exécution de la peine. Cette démarche répond à la finalité de la peine privative de liberté : la réinsertion. Préparer la réinsertion d'une personne détenue, c'est assurément lui dispenser les soins auxquels elle peut prétendre en tant que patient et tenir compte des exigences médicales dans l'exécution de sa peine. Il est ainsi possible de prononcer une mesure de libération conditionnelle si le détenu doit suivre un traitement, d'accorder une permission de sortie pour que le détenu consulte un médecin de son choix.

Le droit à la santé a pour corollaire, particulièrement en détention, l'interdiction de subir des traitements inhumains ou dégradants. Le facteur médical va donc avoir une influence sur le système carcéral lui-même : les établissements des programmes « 4 000 » et « 13 200 » doivent ainsi comporter des cellules médicalisées. De même, la sanction que constitue le placement en quartier disciplinaire peut être suspendue si, au terme de la visite bihebdomadaire que doit effectuer le médecin, celui-ci estime que cette mesure est de nature à compromettre la santé de la personne détenue. Le droit du patient détenu peut donc avoir pour conséquence de conditionner une modalité d'exécution de sa peine. Le constat est particulièrement flagrant avec l'institution de la suspension de peine pour motif médical, opérée par la loi du 4 mars 2002. Si le pronostic vital de la personne détenue est en jeu, ou si

son état de santé est incompatible avec son maintien en détention, la peine peut être suspendue par l'une des juridictions de l'application des peines. Cette suspension n'est toutefois pas un droit, mais une possibilité. On sait que les considérations relatives à l'ordre public ne doivent pas entrer en ligne de compte pour apprécier le bien-fondé de cette mesure. Il reste toutefois regrettable que cette mesure ne soit pas applicable à tous les patients détenus, ceux qui sont placés en détention provisoire ne pouvant pas y avoir accès.

Les droits des patients détenus et l'éthique des soins en milieu carcéral sont donc souvent mis à rude épreuve. Ce tableau non exhaustif des problèmes éventuels ne doit pas pour autant masquer les efforts effectués depuis la loi de 1994. Ces efforts doivent être poursuivis sans pour autant négliger une réflexion générale sur le sens de la peine. L'état de santé est un facteur d'aménagement de peine trop rarement pris en compte qui devrait justifier la recherche de peines alternatives autres que la privation de liberté.



Table ronde
**Trajectoire des soins pendant
l'incarcération**

Participants :

Guy Bernard Busson, président de la Fédération des associations

Réflexion Actions Prison Et Justice (Farapej),

Fabienne Becker, chef de service pénitentiaire, maison d'arrêt de Fresnes,

Bruno de Goer, praticien hospitalier, Ucsa d'Aiton,

Michel Peretti, directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation (Spip) du Val

d'Oise,

Évelyne Picherie, infirmière, Ucsa de Nantes

Animation : Luc HOSSEPIED

De la prise en charge des arrivants jusqu'à la sortie : pour un accompagnement personnalisé

Guy-Bernard BUSSON

*Président de la Fédération des Associations
Réflexion Actions Prison Et Justice (FARAPEJ)*

Les interventions de notre fédération sont toujours fondées sur le respect de la dignité de la personne dans ce qu'elle vit et ce qu'elle subit. La trajectoire des soins est pour nous partie intégrante du parcours personnel de la personne « sous main de justice », depuis son arrivée dans le champ de la justice jusqu'à son retour dans la vie sociale. En effet, les soins prodigués participent largement au processus global de réhabilitation de la personne et de revalorisation de son image de soi. La personne détenue reste un citoyen qui conserve tous ses droits, à l'exception de ceux qui lui ont été expressément retirés par décision de justice (en particulier celui d'aller et venir). La loi du 18 janvier 1994 a été une avancée importante de notre arsenal législatif dans le domaine de la justice et plus spécifiquement dans le champ pénitentiaire. Pourtant, dès février 1993, Xavier Emmanuelli (qui était à l'époque médecin-chef à Fleury-Mérogis) pronostiquait : « *Il ne faut pas se faire d'illusions, la prison sera toujours la dernière servie.* » Les faits semblent aujourd'hui lui donner raison, mais de quelle manière ?

Des chiffres qui en disent long...

En 1995, il était admis que 20 % des détenus relevaient d'un traitement psychiatrique. Ce chiffre est passé à plus de 50 % en 2004 (55 % des entrants en prison présentent des troubles psychiatriques — DRESS n°181 de juillet 2002). La prise en charge des soins en la matière n'a évidemment pas suivi cette évolution, au contraire. Pour l'ensemble de la population, le nombre d'internements psychiatriques (impliquant une privation de liberté) s'est accru de 86 % en dix ans. Ce phénomène inquiétant — qui fait que de nombreuses personnes malades mentales se retrouvent en prison — est-il dû au manque de suivi psychiatrique ? L'hospitalisation étant réservée aux situations de crises, la prison permet une meilleure continuité... Mais est-ce son rôle ?

Le phénomène peut s'expliquer de plusieurs manières :

a) la baisse considérable du nombre des prévenus reconnus irresponsables et donc non punissables (moins de 1 % contre plus de 15 % il y a vingt ans) ;

b) l'importance du nombre de personnes mises en cause pour des crimes ou délits sexuels ;

c) le fait que des personnes qui auraient eu besoin de soins à l'extérieur n'avaient jamais été prises en charge.

Les besoins sont donc considérables, qu'il s'agisse de maladies mentales ou de troubles psychiques. Ils doivent être traités pour la personne elle-même et la collectivité. Pour exprimer au mieux la réalité des problèmes qui se posent dans le domaine de la santé physique et mentale pendant l'incarcération et lors de la libération, nous avons voulu nous appuyer sur des témoignages vécus. Une enquête a été réalisée auprès des associations adhérentes à notre Fédération qui interviennent en prison, accueillent les familles en attente de parler, hébergent et accompagnent des sortants de prison en CHRS.

Les constats établis par les associations

Une enquête menée auprès de nos adhérents (une soixantaine d'associations intervenant dans les établissements pénitentiaires) et auprès d'anciens détenus nous a permis d'établir plusieurs constats autour de trois temps de l'incarcération : l'entrée en détention, le suivi pendant la détention, et les mesures de suivi organisées en vue de la sortie.

a) L'entrée en détention

Le dépistage de certains troubles suppose une sensibilisation suffisante du médecin généraliste de l'Ucsa qui effectue la visite d'entrée aux problématiques de l'incarcération. Pour des « primo-arrivants » en particulier, l'arrivée en détention et plus encore la période de garde à vue qui la précède, peuvent être traumatisantes et déclencher des réactions de révolte ou de frustration susceptibles de perturber les relations avec le service médical. Du côté des familles, beaucoup hésitent à contacter le médecin de l'Ucsa. En outre, le lien reste difficile à établir entre ce dernier et le médecin traitant à l'extérieur. L'image ou le respect de la fonction du médecin de l'Ucsa, l'absence de lieu adapté pour que les rencontres se tiennent sont autant d'obstacles à surmonter pour établir ces liens directs.

b) Le suivi pendant la détention

La promiscuité, le bruit et la violence générés par l'incarcération favorisent le développement ou l'accentuation de symptômes, jusqu'à révéler une pathologie demeurée jusqu'alors contenue. En cas de « crises », c'est le personnel pénitentiaire qui est en première ligne. Ceci conduit à une hospitalisation sous contrainte ou une injonction de soins, mais on ne dispose pas de chiffres de l'Administration pénitentiaire sur ce point.

Les soins pour les conduites addictives donnent souvent lieu à la prescription de traitements de substitution qui peuvent générer des trafics. Il faut probablement revoir le processus de prise de médicaments, en particulier du Subutex®. Si un accompagnement psychologique est indispensable, il faut prendre le temps d'en montrer l'intérêt.

Les faits constatés en délinquance sexuelle ont augmenté de 100 % en dix ans et représente la première cause de condamnation dans nos prisons. Le suivi exigera une prise en charge longue avec le consentement de l'intéressé. Mais ceci est pratiquement impossible en maison d'arrêt avant le jugement, et encore très difficile après le jugement, même si l'intéressé le souhaite, puisque les SMPR ne sont pas présents partout.

c) Les mesures de suivi organisées en vue de la sortie

Les patients psychiatriques reconnus comme tels et suivis dans un SMPR ou par un psychiatre de l'Ucsa devraient être normalement orientés vers le secteur psychiatrique de leur résidence. À sa libération, le libéré devrait partir avec une lettre pour le médecin de son choix, les photocopies des examens significatifs et un document lui permettant de connaître ses droits en matière de soins.

Les cures de désintoxication et de prise en charge de l'alcoolisme sont généralement préparées, c'est-à-dire que le lien avec l'établissement de cure est établi. Cependant, les exemples abondent de cures abandonnées au bout de quelques jours, voire avant même d'être commencées.

La prise en charge de la délinquance sexuelle n'est pas lisible en prison et son évaluation reste très difficile. Le risque de récurrence reste important et la psychiatrie apparaît bien démunie. Ceci explique les réticences face aux aménagements de peines et pose le problème de la légitimité ou non des très longues peines. Le risque de récurrence est certainement plus grand en cas de « sortie sèche » après 15 ou 18 ans d'incarcération qu'avec une mesure d'aménagement de peine un, deux ou trois ans plus tôt. On rappellera que certains pédophiles (conscients de l'être) paniquent à l'idée des tentations qui les attendent à la sortie.

La place du soutien familial en détention et les possibilités de maintenir du lien familial sont encore débattues. L'expérience montre que le lien se distend, ou se rompt lors de l'incarcération (davantage encore quand la peine est longue). Quand ce lien subsiste, il est fragilisé. Plutôt que de le maintenir à tout prix, il vaut mieux tenter de le restaurer et de le renouveler. Il est en effet essentiel pour l'insertion du sortant qu'il soit attendu à sa sortie, surtout si des problèmes de santé existent. Les associations qui accueillent les familles travaillent en ce sens. Elles mettent en place, quand elles le peuvent, un soutien psychologique, avec éventuellement des groupes

de paroles. Ces initiatives coûteuses devraient être étendues et soutenues.

Propositions / suggestions

1) Explication de la situation de la personne détenue

La personne détenue est responsable, elle doit comprendre ce qui lui est arrivé et, lorsqu'elle est malade, la nature des soins qui vont lui être prodigués. Le médecin en détention exerce son travail hors de la zone de détention ; son seul objectif est de « prendre soin » de la personne qui vient le voir, à l'écart de toute contrainte pénitentiaire ou judiciaire qui pourrait avoir une influence sur ses prescriptions ou sur la rédaction d'une ordonnance. Ce n'est pas un médecin pénitentiaire. À la sortie il y aurait intérêt à ce que les travailleurs sociaux qui accompagnent la personne soient informés de la nécessité d'un suivi médical. Or le secret médical ne favorise pas la continuité.

2) Proposer un projet personnalisé d'exécution de la sanction

Reconnue comme acteur de sa propre vie, la personne condamnée entre dans un processus dont la fin peut être logiquement envisagée à une date prévisible. Si elle y consent, le projet de sortie doit lier l'accompagnement des soins et l'accompagnement social. Ce projet initial pourra être modifié et précisé au cours de l'incarcération, après discussion entre les deux parties (le médecin et le patient). C'est un parcours dynamique, où le personnel pénitentiaire a sa place, au quotidien et en cas de transferts. Il devra faire régulièrement l'objet d'une évaluation avec les magistrats (s'ils constatent des allers et retours hôpital-prison) et permettre la suspension de peine si nécessaire.

3) Initiatives pratiques dans les aménagements futurs

Dans les constructions et aménagements à venir, l'attention doit être portée sur :

a) une disposition des lieux qui permette le respect du droit à l'encellulement individuel ;

b) l'aménagement d'espaces de rencontres facilement accessibles et adaptés pour que la famille puisse échanger avec le médecin hors de la détention ;

c) la prise en compte des handicaps, qu'ils soient moteurs ou auditifs : la prison est un espace très bruyant, on trouve de trop nombreux malentendants chez les jeunes détenus, il conviendrait donc de développer les espaces de silence ou insonorisés.

4) Des moyens médicaux à la hauteur des enjeux

Il existe une trop grande disparité entre les grandes structures pénitentiaires et les petites maisons d'arrêt. Un effort doit être fait pour étendre les SMPR à tous les centres pénitentiaires et les doter de moyens. En complément, il serait souhaitable que les personnels de surveillance soient formés au dépistage de certains troubles, notamment dans le cadre de la prévention du suicide. De même, une plus grande sensibilisation des médecins des Ucsa aux questions de santé mentale et une amélioration du protocole de prise des médicaments sont recommandées. En outre, il conviendrait d'offrir un accompagnement psychologique plus systématique à toutes les étapes de l'incarcération, pour les personnes détenues et les familles qui le demandent. Sur ce point, il serait souhaitable de réfléchir à rendre la consultation moins stigmatisante pour la personne qui souhaite rencontrer un psychologue.

5) Une clarification du rôle des Spip

Comme l'a observé la députée Valérie Pécresse dans son avis sur le projet de loi de finance 2005, le rôle des Spip dans le domaine de la santé n'est pas défini par la loi du 17 juin 1998, alors qu'ils sont en charge du suivi éducatif. Il y a là un travail d'observation et d'analyse auquel le milieu associatif peut apporter une contribution positive.

6) Redéfinir la responsabilité du secteur psychiatrique

Plus généralement, c'est la responsabilité et la mission du secteur psychiatrique auprès des personnes « sous main de justice » qu'il conviendrait de redéfinir. Il existe une multitude de dispositifs sociaux pour les personnes détenues mais ces dispositifs peinent à atteindre leurs objectifs : les échecs sont récurrents et il est impossible d'établir une relation d'aide avec des personnes qui sont moins révoltées qu'effondrées. En France, le secteur psychiatrique reste très centré sur la thérapie et attaché au principe de la démarche volontaire du patient, au détriment d'une approche préventive. Pourtant, de nombreuses souffrances psychiques prennent naissance dans le décalage des conditions de vie et des fortes exigences sociales. Ainsi, et au-delà de la prise en charge des malades mentaux, il importe que le secteur psychiatrique puisse se dégager de son rôle traditionnel et travailler en plus grande collaboration avec les acteurs du secteur social. Des dispositifs impliquant un travail en partenariat avec les travailleurs sociaux auraient leur place, notamment dans le développement d'une écoute spécialisée (analogue aux cellules psychologiques mises en place lors des catastrophes) des personnes confrontées à l'épreuve de l'incarcération.

Avec près de 800 postes vacants, les psychiatres dénoncent une « crise suraiguë » du secteur. Combien à l'avenir iront-ils exercer en prison ? Xavier Emmanuelli avait raison : la prison est la dernière servie.

La prise en charge globale de la personne détenue : un objectif commun aux personnels médicaux et pénitentiaires

Fabienne Becker

*Chef de service pénitentiaire,
Maison d'arrêt de Fresnes*

Avant la loi de 1994, la prise en charge des soins des personnes détenues relevait uniquement de l'Administration pénitentiaire. Le directeur de chaque région pénitentiaire désignait des médecins vacataires, une infirmière à temps complet ou partiel et une infirmerie pour chaque établissement. Pour les soins dentaires, un chirurgien dentiste habilité par le directeur régional (sur proposition du chef d'établissement et après avis du préfet) faisait au minimum deux visites par mois dans chaque établissement. La réforme des soins a eu pour objectif d'intégrer la population pénale dans un dispositif de santé, et aujourd'hui, on peut dire que le dispositif de santé est entièrement intégré en prison. En effet, les personnels pénitentiaires côtoient au quotidien les « blouses blanches », les surveillants partageant leur journée de travail au plus près des personnels médicaux et vice-versa. Ces deux mondes se sont doucement « apprivoisés » pour former aujourd'hui une entité propre autour d'une équipe pluridisciplinaire, le SMPR ayant été tout naturellement intégré dans le dispositif de soins. Les personnels ne travaillent pas à côté les uns des autres mais poursuivent ensemble un objectif commun : la prise en charge globale de la personne détenue.

Trajectoire des soins

Cette prise en charge ne concerne pas exclusivement la période de détention, cette dernière constituant un moment privilégié pour aborder la santé de la personne détenue. Ceci implique de prendre en compte la trajectoire des soins, c'est-à-dire l'histoire médicale de la personne détenue, les soins durant la détention et la continuité à assurer au moment de la sortie.

L'histoire médicale est prise en compte car les médecins n'hésitent pas à vérifier les propos tenus par l'arrivant à propos de son passé médical. Le relais est ensuite pris par l'équipe médicale de la prison qui met en place un protocole de soins pour la durée de la détention. À côté de la responsabilité de la personne détenue dans le suivi des soins, il existe un véritable travail pluridisciplinaire au sein duquel les surveillants jouent un rôle essentiel. Au cours de leurs

passages quotidiens dans les cellules, les surveillants ont en effet la possibilité de se rendre compte si la personne détenue prend son traitement et de transmettre leurs observations à l'Ucsa. Ils transmettent également les demandes de soins qui leurs sont adressées au service médical qui prendra le relais. À l'inverse, le service médical doit pouvoir compter sur les surveillants pour les consultations quotidiennes, pour avertir et faire venir la personne détenue à l'Ucsa. Lorsque le surveillant ne sait pas repérer le type de prise en charge requis pour la personne détenue, le SMPR et l'Ucsa travaillent en collaboration afin d'orienter vers la prise en charge la plus adaptée. Ainsi, la prise en charge durant le temps de l'incarcération se passe plutôt bien. Chaque demande trouve généralement une réponse, même si ce n'est pas toujours celle qui était attendue. La sortie est probablement la phase de la prise en charge la plus difficile à organiser pour chacun. En effet, même si la continuité des soins a été prévue, aucun des professionnels ne peut se porter garant de l'attention qu'y portera la personne concernée.

Les obstacles à la continuité des soins

Pour l'équipe médicale, ces difficultés sont de plusieurs ordres, à commencer par des locaux souvent inadaptés (trop petits, exigus, accès difficiles pour passer les brancards). On observe également une désorganisation du service médical (rendez-vous décalés, annulés, etc.) souvent liée à la difficulté pour les surveillants de respecter les mouvements propres à l'Ucsa quand des mouvements imposés surviennent. Enfin, c'est la complexité des transferts entre la prison et l'hôpital qui apparaît, du fait des difficultés de coordination des trois administrations : santé, justice et police.

Parmi les personnels pénitentiaires, la réforme des soins a parfois pu donner lieu à un sentiment de mise à l'écart des surveillants. Ces derniers ont le sentiment d'évoluer dans un système où les informations ne circulent qu'à sens unique (ex. : des médicaments retrouvés lors d'une fouille de cellule sont rapportés à l'infirmerie par méconnaissance de leur indication). L'absence d'explications sur les médicaments concernés et les traitements est mal vécue. Des réunions pluridisciplinaires pourraient pallier ce type de problème.

Des difficultés communes aux équipes médicales et au personnel pénitentiaire sont rencontrées le plus souvent en situation d'urgence et lorsque des transferts vers l'hôpital doivent être organisés. En l'absence d'une équipe médicale de nuit, la gestion des urgences revient généralement au « gradé » présent, qui n'est pas toujours qualifié pour évaluer les risques pour la personne détenue, ou qui ne se sent pas toujours pris au sérieux par le médecin d'astreinte. Cette situation entraîne des délais d'intervention ou bien une réorientation des recours vers les pompiers, le Samu, ou des appels à SOS Médecins la nuit. Concernant les transferts hospitaliers, les mesures

de sécurité non négociables ne favorisent pas toujours les bonnes relations entre le personnel pénitentiaire et les médecins. De plus, certaines conditions de transfert réservées à des personnes détenues (ex. : menottes à l'hôpital) suscitent des réticences à sortir de l'établissement.

La réforme de 1994 est en évolution constante. À ce jour, elle a surtout permis l'évolution des mentalités et l'établissement de meilleures relations entre les deux administrations. En ce sens, il me semble que l'objectif a été largement atteint.

Trajectoire des soins pendant l'incarcération : des progrès à bout de souffle ?

Bruno De Goer

*Praticien hospitalier,
Ucsa du centre pénitentiaire d'Aiton (Savoie)*

Je reprendrai ici quelques éléments de la trajectoire de soins des personnes détenues en m'attachant plus particulièrement au cadre de la prise en charge des médecins somaticiens, puisque les soins psychiques seront traités dans une autre table ronde. J'insisterai sur les progrès, indiscutables, mais aussi les difficultés vécues au quotidien.

L'entrée en prison

Toute personne détenue bénéficie d'une consultation infirmière et médicale qui permet d'aborder les antécédents, les soins antérieurs et le traitement actuel, de pratiquer un examen clinique et de proposer des dépistages (tuberculose, syphilis, VIH, hépatites). La réforme a incontestablement permis de diminuer les risques de ruptures de soins grâce à un certain nombre d'améliorations : consultation initiale systématique, accès facilité au dossier médical lors d'un transfert entre prisons ou lors d'une nouvelle incarcération, lien possible avec un médecin traitant (lorsque le patient en a un).

Pendant la détention

La réforme a permis de bénéficier d'une augmentation indiscutable de moyens (locaux et personnels). Mais ces moyens restent notoirement insuffisants.

L'accès à la consultation médicale nécessite encore généralement de la part de la personne détenue une demande écrite (ce qui implique d'être dans la capacité d'écrire...) qui transite par un surveillant. Les délais d'attente sont variables d'une prison à l'autre, généralement importants pour les soins dentaires. La visite obligatoire bi-hebdomadaire d'un médecin aux quartiers d'isolement, hors de présence de l'Administration pénitentiaire, permet un regard extérieur.

La gestion des urgences reste un point difficile. Les urgences vitales semblent bien gérées par les centres 15 et les Smur, mais l'accès immédiat à la cellule pour les surveillants (qui devraient être compétents dans les soins de premiers secours) est toujours impossible la nuit dans certains établissements. Pour les urgences non immédiatement vitales, les différentes UCSA ont organisé la

continuité médicale en fonction de leurs possibilités. La garde sur place est exceptionnelle. Des astreintes de sécurité spécifiques ont pu être mises en place dans certains lieux. Dans d'autres, il s'agit de la garde libérale du secteur ou de l'astreinte intégrée à l'astreinte hospitalière. Certaines prisons (notamment celles du programme « 13 000 ») étant éloignées de plusieurs dizaines de kilomètres de l'hôpital de rattachement, l'organisation de la continuité des soins pose parfois de très grosses difficultés non encore résolues. Certaines Ucsa n'ont pas d'autre solution que de proposer l'extraction systématique vers le service des urgences de l'hôpital de rattachement. La régulation de l'urgence se fait en règle par les Centres 15, soit par l'intermédiaire d'une infirmière de l'Ucsa, soit directement par l'Administration pénitentiaire selon les heures. Trop souvent, les médecins sont sollicités pour un examen préventif lors de la mise au quartier disciplinaire, ce qui n'est pas sans poser de difficultés.

Les soins spécifiques en milieu hospitalier nécessitant une hospitalisation urgente sont globalement gérés efficacement, malgré les temps d'attente des services d'accueil des urgences auxquels tous les publics doivent faire face. Par contre, les consultations externes et les hospitalisations programmées sont difficiles à organiser en raison du manque de personnel de l'Administration pénitentiaire qui contraint à de fréquentes annulations. Les hospitalisations courtes programmées restent difficiles à négocier avec les forces de l'ordre. Souvent, elles ne peuvent pas encore être effectuées dans l'hôpital de rattachement et imposent de longs déplacements soit vers l'hôpital de Fresnes, soit vers l'unité d'hospitalisation pour détenus de Jules Courmont à Lyon. Les chambres sécurisées des hôpitaux de rattachement ne sont souvent pas aux normes. Les UHSI devraient répondre aux difficultés liées aux hospitalisations programmées de plus longue durée, mais elles se mettent en place très lentement et ne pourront véritablement répondre aux besoins que sous réserve d'un nombre de lits suffisant.

Les consultations spécialisées effectuées en prison sont un réel progrès, notamment dans les domaines de l'inféctiologie, de la gynécologie ou de la dermatologie. Aujourd'hui, les consultations qui impliquent l'intimité des personnes tendent à se banaliser dans l'enceinte des Ucsa et hors présence administrative, alors qu'elles imposaient auparavant le passage par un centre hospitalier et l'encadrement des surveillants. Toutes les prisons ne bénéficient pas cependant de ces consultations spécialisées et certains spécialistes restent très difficiles à faire venir (ORL, orthopédistes, ophtalmologues...). Quant à l'accès aux médicaments tels que les antiviraux ou les interférons, il est aujourd'hui effectif.

L'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives pose encore de sérieuses difficultés, notamment pour les personnes dépendantes aux opiacés. L'arrivée des produits de substitution a été un progrès médical et humain certain, mais les

pratiques de substitution sont très variables d'un établissement à l'autre, voire d'un médecin à un autre dans le même établissement. Le manque de cohérence des modalités de prise en charge pose d'autant plus de difficultés lors de transferts ou de changements de praticien.

La préparation à la sortie

L'organisation de la sortie reste difficile du fait des nombreuses libérations décidées du jour au lendemain dans le cadre de la détention provisoire, du manque de temps pour les équipes — tant médicales que des SPIP — et des difficultés d'articulation entre les différents services. Ces difficultés sont exacerbées quand il s'agit de préparer la sortie de personnes très désocialisées et sans point de chute, comme c'est de plus en plus souvent le cas. La personne libérée devant intégrer dans la mesure du possible le droit commun, les permanences d'accès aux soins de santé ne doivent pas être un alibi pour ne pas procéder à l'ouverture des droits en amont. Or, dans beaucoup d'établissements pénitentiaires, les droits à la CMU ne sont pas ouverts avant la libération. La remise d'une lettre pour le médecin traitant semble encore peu courante. En revanche, la personne détenue possède le plus souvent une copie de ses résultats biologiques ou radiologiques. Il est à ce jour relativement simple pour un médecin traitant qui a reçu l'accord de son patient de récupérer des éléments du dossier médical de la prison. De la même façon, toute personne détenue peut réclamer son dossier médical selon les mêmes modalités que tout autre patient (loi de 2002).

Pour une humanisation des conditions de détention et d'accès aux soins

Si, depuis dix ans, de nombreux progrès dans le parcours de soins ont été réalisés, un certain nombre de médecins ont le sentiment qu'après les progrès initiaux et les premières perspectives d'améliorations progressives, une détérioration se fait sentir depuis deux ans environ. De plus en plus de personnes très marginalisées, souvent non francophones et/ou atteintes de pathologies mentales parfois sévères, sont incarcérées. La surpopulation carcérale pose des difficultés concrètes de pathologies spécifiques, d'accès aux soins et d'accompagnement. Des nouvelles mesures concernant la sécurisation lors des extractions entraînent des refus de soins, voire l'apparition (ou la réapparition) de pathologies. D'où des interrogations sur un plan éthique : les Ucsa ne participent-elles pas indirectement à faire accepter l'inacceptable ? Les locaux sont devenus exigus en regard de la surpopulation carcérale, des normes de sécurité et des normes d'hygiène hospitalière. Et si les Ucsa ne gèrent pas uniquement l'urgence, certains d'entre nous ont le sentiment de ne plus travailler que dans l'urgence. Puisse ce colloque

être l'occasion de percevoir de nouvelles perspectives pour une humanisation des conditions de détention et d'accès aux soins.

Trajectoire des soins pendant l'incarcération : des textes à l'épreuve du terrain...

Michel Peretti

*Directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation (Spip) du
Val d'Oise*

Parmi les évolutions qu'a connues l'Administration pénitentiaire, il en est une qui fait figure de révolution. Je veux parler de l'accès aux soins en prison qui, par la loi du 18 janvier 1994, a permis aux détenus de bénéficier de soins réalisés en prison par le service public hospitalier. Cette réforme a ainsi mis un terme à la médecine pénitentiaire, tant décriée pour la qualité de ses prestations et de sa partialité dans l'exercice des soins. Ceci étant dit, je pourrais poursuivre en précisant quelle évolution partenariale a été réalisée sur le terrain avec les équipes médicales et les services pénitentiaires d'insertion et de probation. Mon enthousiasme s'arrête malheureusement là pour évoquer la seule réalité que je connaisse à ce jour, je veux parler de celle de la maison d'arrêt du Val d'Oise. Pourtant, tout aurait pu bien commencer ! L'Administration pénitentiaire s'engageait coup sur coup dans deux réformes importantes à cinq ans d'intervalle. Les soins, d'une part, et la réforme des services pénitentiaires d'insertion et de probation, d'autre part : deux outils créés pour décroiser la prison à travers la prise en charge sanitaire et la prise en charge socio-éducative.

Des missions bien définies dans les textes

La loi du 18 janvier 1994 précise que « [...] le service hospitalier assure, dans des 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 [...] ». La circulaire relative aux missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation du 15 octobre 1999 insiste sur le fait que « [...] l'éducation pour la santé relève de la mission de réinsertion. Elle vise principalement pour la personne à intégrer des notions de prévention sanitaire dans le cadre de la vie quotidienne. Ce travail nécessite une étroite coopération entre l'ensemble des intervenants pénitentiaires et sanitaires. Au sein de l'établissement, le service pénitentiaire d'insertion et de probation, en matière d'éducation pour la santé, est le partenaire privilégié du service sanitaire. Il fait remonter les besoins qui ont été recensés au médecin responsable. [...] Les services pénitentiaires d'insertion et de probation et le service

médical recherchent des partenaires pour le financement des actions selon leur domaine de compétence [...] ». Il faut croire que les orientations ministérielles sont pavées de bonnes intentions mais ignorent quelquefois les réalités du terrain...

Constat d'échec ou succession de rendez-vous manqués ?

Plusieurs tentatives de travail en commun ont été initiées. C'est tout d'abord l'administration centrale qui organise en 1998 une formation-action à destination des services pénitentiaires d'insertion et de probation et des services sanitaires (Ucsa) dans le cadre de la prise en charge des mineurs. Le site de la maison d'arrêt du Val d'Oise a été choisi. Cette formation a débouché sur un projet d'éducation pour la santé prenant en compte la gestion du temps et la vie collective des mineurs. Cette action a permis la mise en place d'un petit-déjeuner collectif au quartier des mineurs. Un comité de pilotage réunissait l'Ucsa et le Spip. L'action s'est arrêtée en 2001 par manque de motivation des jeunes détenus à participer au nettoyage de la salle chaque matin. Depuis ce temps fort, les relations avec le service médical n'ont pas vraiment repris, même si, avec beaucoup d'humour, l'Ucsa d'Osny maintient cette activité dans son rapport annuel 2003 au chapitre « Articulation avec le Spip ». En 2002, à l'initiative du service pénitentiaire d'insertion et de probation du Val d'Oise, plusieurs réunions associant le médecin-chef de l'Ucsa ont eu lieu autour de la prise en charge de détenus multirécidivistes pour lesquels les travailleurs sociaux se trouvaient en difficulté. Le partenaire sollicité (une association de thérapie familiale) venait en appui des équipes du Spip et de l'Ucsa pour tenter de rencontrer les familles avec l'accord des personnes détenues. Ces rencontres conviaient l'équipe de l'Ucsa qui pouvait, elle aussi, se trouver en difficulté au contact de personnes peu réceptives aux traitements habituels (séances de groupes, rencontres avec les psychologues...). L'Ucsa n'a pas donné suite.

Un mode de fonctionnement cloisonné

Ainsi, chacun poursuit ses missions dans l'ignorance de l'autre. Les travailleurs sociaux continuent à informer (par écrit, désormais) le service médical de leurs inquiétudes concernant telle ou telle personne détenue. Ils n'obtiennent généralement pas de réponse ou alors des réponses renvoyant à des principes déontologiques. Ainsi, lorsqu'un travailleur social s'aventure à demander au service de l'Ucsa si tel détenu s'est effectivement coupé, le service de l'Ucsa brandit le secret médical. À la demande d'explication formulée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation du Val d'Oise, la réponse fuse par le biais de l'article 11 du code de déontologie : « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été*

confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » Dans ce contexte, les deux services organisent chacun de leur côté leurs actions d'éducation pour la santé.

Faire le procès de l'Ucsa ?

Non ! Certainement pas. L'intégration des services médicaux dans les établissements pénitentiaires n'est pas chose simple, ce qu'a fort bien illustré le rapport de M. Bessin et de M.H Lechien (novembre 2000). Certes, il importe de protéger le patient-détenu qui ne dispose déjà pas du choix de son médecin. L'Ucsa doit pouvoir « offrir » à la personne détenue un service de qualité en s'engageant notamment à ne pas « pactiser » avec une institution susceptible de dévoyer l'information reçue. Cependant, force est de constater l'interdépendance des informations des uns et des autres. L'avis du médecin ou son concours est essentiel dans le cadre d'un aménagement de peine. En revanche, la méconnaissance par le travailleur social de la conduite addictive d'une personne peut avoir pour conséquence de faire échouer un aménagement de peine. Certes, il ne s'agit pas d'un acte médical, mais seulement d'une action socio-judiciaire ! Mais le médecin peut-il s'en désintéresser ? Le cadre de justice est quelquefois suffisamment contraignant pour amener quelqu'un aux soins. L'objectif visé est cette fois, non pas la guérison de la maladie physiologique mais celle de la « maladie sociale ». Dans le cadre notamment du sursis avec mise à l'épreuve, une grande partie de l'activité des travailleurs sociaux des services pénitentiaires d'insertion et de probation est de maintenir un équilibre subtil entre la demande judiciaire toujours plus forte et l'information médicale très succincte. Le travailleur social doit-il être informé de ce qui s'est dit dans le cabinet médical ou doit-il se contenter de savoir si le condamné s'est bien rendu au rendez-vous médical ? Tel est bien à mon sens la question à se poser.

S'inspirer d'expériences ayant fait leurs preuves

Depuis 2001, dans le Val d'Oise, un dispositif d'aménagement de peine mené spécifiquement en direction des détenus toxicomanes illustre les modalités d'un partenariat réussi entre les services sociaux et médicaux. Ce dispositif a été conçu pour s'adapter à un public qui accepte difficilement les contraintes et pour concilier les besoins de soins, les contraintes de l'aménagement de peine et les nécessaires interactions entre les différents acteurs (association d'hébergement chargée du suivi du placement extérieur, centre de soins, administration pénitentiaire et juge de l'application des peines). Il met en jeu un système de relations à différents niveaux : l'organisme de soins est en relation avec l'association chargée de la mise en œuvre du placement extérieur qui est elle-même en relation constante avec le travailleur social du service pénitentiaire d'insertion

et de probation du Val d'Oise. L'exercice du soin se fait librement entre le centre de soins et le détenu en placement extérieur. Les engagements sont pris entre eux deux, au rythme fixé par le centre de soins. Si la personne détenue déroge au cadre fixé, le travailleur social du centre de soins avertit le travailleur social de la structure d'hébergement qui en informe à son tour le travailleur social du Spip. C'est cette interaction complexe qui est le gage de l'exercice des missions de chacun, tout en privilégiant l'objectif commun à tous : prévenir la récidive. La personne détenue a toute connaissance des interactions qui se jouent entre les différents acteurs, ce qui rend d'autant plus nécessaire l'indépendance de la structure de soins vis-à-vis de la justice. Ainsi en 2003, sur les 14 détenus ayant bénéficié de ce dispositif, 1 seul a été réincarcéré et 8 ont conservé un lien avec le centre de soins à l'issue du placement extérieur. Cette action illustre bien que la relation de soins n'est pas dévoyée et que le secret médical peut être préservé dans un cadre judiciaire contraignant. La réussite d'un tel dispositif implique la clarification du rôle de chacun.

Par conséquent, il convient de rester vigilant et de ne pas brandir l'arme du secret médical au nom de la relation exclusive entre le patient et son médecin. Sans quoi, il existe un véritable risque que cette arme devienne à terme un instrument de dissuasion collective nuisant à nos missions de réinsertion et de prévention de la récidive.

Le rôle de l'infirmier(ère) dans la trajectoire des soins pendant l'incarcération

Evelyne Picherie

Infirmière,

Ucsa de Nantes

La loi du 18 janvier 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 qu'ont été créées, il y a dix ans, les Unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa). Des équipes d'infirmières ont alors été formées pour prendre en charge les problèmes de santé des personnes incarcérées de façon globale, c'est-à-dire en tenant compte de la dimension curative, relationnelle, préventive et éducative du soin. La spécificité de cette prise en charge tient en quatre points principaux : les soins techniques, la gestion des traitements médicamenteux, le soin par l'écoute, le dépistage, la prévention et l'éducation.

Les soins techniques

En raison de la diversité des demandes faites par les personnes détenues sur le plan somatique, les infirmiers(ères) qui exercent en milieu pénitentiaire doivent avoir une bonne expérience professionnelle, de bonnes aptitudes techniques et une bonne connaissance des gestes d'urgence. En effet, les infirmier(ère)s assurent tous les soins prescrits lors des consultations médicales, suivent quotidiennement des patients particulièrement à risque (grévistés de la faim, diabétiques...), répondent à toutes les demandes de soins formulées par les détenus au cours de la journée et assurent les urgences, en collaboration avec le médecin, ou seuls(es), en dehors des heures de consultations médicales. Pour cela, nous avons à disposition un matériel de réanimation ainsi que des protocoles signés par le médecin responsable du service.

La gestion des traitements médicamenteux

L'arrivée des Ucsa dans les prisons a énormément modifié le mode de préparation et de distribution des médicaments, mission autrefois confiée aux surveillants pénitentiaires. Depuis 1994, la gestion des traitements médicamenteux est entièrement sous la responsabilité des professionnels de santé, des infirmier(ère)s en particulier. Ces derniers sont chargés de délivrer les traitements en pilulier de façon quotidienne ou hebdomadaire en fonction de

l'aptitude du patient à se prendre en charge. Nous avons pour règle de toujours remettre le traitement en main propre au patient avec un temps d'échange plus important consacré aux patients utilisant des traitements de substitution comme le Subutex® ou la méthadone.

Le soin par l'écoute

L'incarcération a pour conséquence de modifier la perception de la douleur, qu'elle soit physique ou psychologique. Dans ce contexte et pour être efficace, tout soin nécessite d'être accompagné de l'écoute et du soutien du patient. Lors des consultations, nous n'accueillons jamais un individu en tant que « détenu », mais en tant qu'être humain, avec son vécu et ses difficultés actuelles. Savoir écouter pour mieux comprendre favorise le développement d'une relation de confiance indispensable dans le soin. Les maux exprimés utilisés par le patient ne sont bien souvent que la traduction d'un mal être. Prendre le temps d'écouter, c'est déjà traiter en partie les symptômes. Dans certains cas, l'écoute permet d'éviter le recours à un traitement médicamenteux. Il appartient cependant à l'infirmier(ère) de bien connaître ses limites, de se protéger de ses propres affects et de garder suffisamment de distance, afin que la relation soignant-soigné reste saine et efficace. L'infirmier a également un rôle très important dans l'accueil des détenus arrivants. Ce premier contact permet de présenter le service, d'établir une relation de confiance et surtout de faire comprendre au détenu que nous sommes là pour nous occuper de sa santé aussi et de son mal-être.

Le dépistage, la prévention et l'éducation

Dans le cadre des consultations médicales, il est systématiquement proposé aux personnes détenues des dépistages sérologiques (VIH-VHC-VHB), des mises à jour de leur carnet de vaccination ou encore, comme à la maison d'arrêt des hommes de Nantes, des bilans bucco-dentaires complets avec la réalisation systématique de panoramiques dentaires pour chaque arrivant. D'autre part, tout au long de l'année, les infirmier(ère)s proposent aux personnes détenues des ateliers de réflexion autour de thèmes ciblés, afin de débattre en petits groupes ou bien de façon individuelle sur des problèmes liés à la santé. Le but est d'informer, d'éduquer et surtout de laisser à chacun la possibilité de communiquer ses angoisses et ses interrogations sur divers sujets.

Les infirmier(ère)s hospitaliers : des acteurs clés

Depuis dix ans, les Ucsa ont mis en œuvre de grands moyens pour améliorer la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées. Elles ont avant tout voulu prouver que la santé est un

droit pour tous. Les infirmier(ère)s hospitaliers y ont beaucoup collaboré en apportant leurs compétences professionnelles, c'est-à-dire leur technicité dans le soin, leur nouvelle gestion des traitements médicamenteux, leur nouvelle approche du patient par l'écoute, l'aide relationnelle et le développement actif de la prévention et de l'éducation au sein de la détention.



Participants :

*Isabelle Roustang, médecin à l'Ucsa de Fleury-Mérogis,
Stéphane Tessier, directeur du comité régional d'éducation pour la santé d'île-de-France (Crésif)
Françoise Demichel, chef d'unité d'action sanitaire à la Direction régionale des services
pénitentiaires (DRSP) de Lyon,
Philippe Lecorps, enseignant-chercheur à l'École nationale de santé publique de Rennes
(ENSP)*

Animation : Luc Hossepied

La prévention : oui, mais...

Isabelle Roustang

*Médecin,
Ucsa de Fleury-Mérogis*

La prison peut être un lieu de remise en cause, de questionnements pour la personne qui y est incarcérée et les actions de « prévention santé » peuvent trouver là quelques réponses positives à apporter aux personnes détenues. Mais, l'évolution actuelle de la prison et la montée de la violence en milieu carcéral risquent de ne plus offrir le cadre nécessaire à ces opérations de prévention. La violence n'est pas inéluctable et il est indispensable que chaque intervenant en prison participe à une réflexion commune sur ce problème pour pouvoir y apporter des solutions. Voici un exemple d'action « prévention santé » qui a pu être mise en place au cours de ces dernières années au Centre des Jeunes Détenus (CJD) de Fleury-Mérogis.

Activité « prévention santé » au CJD de Fleury-Mérogis

Démarré en novembre 1994, ce projet a pour objectif d'intervenir auprès des arrivants au CJD lors de leur première semaine d'incarcération autour du thème « prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles ». Chaque jeune mineur arrivant en prison participe à une journée de prévention proposée quelques jours après le « choc » initial de l'incarcération. La durée (une journée) de cette activité permet d'instaurer un climat de confiance avec les adolescents, de fixer des règles de fonctionnement propres au groupe (énoncées en début de séance et comprises par tous), afin de créer un véritable « espace de parole » pour les adolescents arrivant en milieu carcéral, dans le respect de la liberté individuelle. Ce groupe permet l'émergence d'une réflexion personnelle et collective. Initié en 1994 à titre expérimental, le dispositif fait dorénavant partie intégrante du programme de la « semaine des arrivants », c'est donc une activité obligatoire et institutionnalisée. Les sujets proposés sont : la prévention du VIH, la prévention des autres IST, et la sexualité. Cette démarche vise à moyen terme la modification d'éventuels comportements à risque de la part de ces jeunes.

Quatre professionnels, chacun responsable d'une journée, se succèdent pour ces interventions. Ils sont psychologues, psychosociologues ou formateurs, et dotés d'une longue expérience des institutions et du travail auprès des adolescents, y compris ceux en grande difficulté. La plupart du temps, ces jeunes (a priori non volontaires), se présentent d'abord comme « non concernés » par un

dispositif de prévention. Selon eux, ils n'ont rien à apprendre des adultes. Ils nient la plupart du temps la réalité des risques et ont leurs propres représentations du corps, de son fonctionnement, de la sexualité et des risques encourus. Les thèmes suivants sont abordés à partir de leurs propres connaissances et de leurs questionnements : la séropositivité VIH, le sida, les tests sérologiques, les traitements, les méthodes de protection en fonction des pratiques sexuelles, le plaisir, la puberté, l'adolescence, la contraception, la grossesse, la sexualité et la loi, le respect de l'autre...

Les formateurs interviennent en étroite collaboration avec différents partenaires travaillant dans la prison :

- l'Administration pénitentiaire : la direction et les surveillants peuvent signaler tout jeune ayant des troubles du comportement, ou éviter la présence conjointe de deux jeunes ayant des problèmes conflictuels importants entre eux ;
- les services médicaux Ucsa et SMPR (à qui l'intervenant peut signaler un trouble du comportement détecté chez un jeune averti en parallèle de cette démarche) ;
- les conseillers d'insertion et de probation.

Aucun passage à l'acte violent des jeunes n'a été constaté pendant ces temps d'intervention au cours de ces dix dernières années. De plus, on a pu se rendre compte que certains jeunes qui avaient refusé le test de dépistage VIH au début de leur incarcération le demandait à la suite de cette journée. Quelques jeunes récidivistes ont également pu exprimer lors d'une réincarcération leur changement de comportement vis-à-vis de certaines pratiques sexuelles (notamment les « tournantes ») et ont évoqué les connaissances acquises lors d'une précédente participation à ces groupes.

Ce projet est la preuve que — dans un cadre de parole adapté, avec des adultes expérimentés qui respectent la spécificité des adolescents —, il est possible de mobiliser ces jeunes et de faire un réel travail d'éducation et de prévention en milieu carcéral.

Malheureusement, on constate aujourd'hui une recrudescence des actes de violence en milieu carcéral qui risque de neutraliser la portée de toute action de « prévention santé », si des solutions à long terme ne sont pas mises en place. En effet, l'exposition à des phénomènes de violence est un facteur de risque important pour la santé, sur le plan physique (fractures, plaies, cicatrices) et psychiques (anxiété, somatisations, syndromes réactionnels post-traumatiques). Or, d'après mon expérience, les actes de violence en milieu carcéral ont augmenté de façon inquiétante depuis dix ans : aussi bien les violences envers les surveillants que les violences entre personnes détenues. En tant que personnels de santé, nous devons tout particulièrement nous interroger sur ces problèmes de violences. En effet, si l'intégrité physique des personnes détenues et des surveillants ne peut être assurée, si la prison recèle des « zones de

non-droit », où aucune sorte de surveillance ne peut être exercée, si l'arbitraire y est fréquent, bref, si l'environnement carcéral n'est plus fiable, serein, propice au respect, notre travail « d'acteur de santé » en prison est compromis.

La violence en milieu carcéral

La violence en prison doit être pensée de manière globale, au-delà des cloisonnements institutionnels. Tous les intervenants en prison doivent pouvoir apporter leur contribution à une réflexion sur les origines de la violence et sur les solutions qui peuvent être apportées. Cette violence n'est pas inéluctable. Un exemple : entre 1997 et 1998, nous avons eu l'occasion de mettre en place un groupe de travail multidisciplinaire au CJD pour réfléchir sur les actes de violence repérés chez les mineurs et faire des propositions. Le pouvoir politique d'alors avait mis en œuvre avec succès plusieurs des propositions avancées par le groupe et la violence avait baissé de façon très significative.

Ces derniers temps, nous avons pu répertorier quelques origines possibles de l'augmentation de la violence en prison :

- la surpopulation carcérale et la méconnaissance mutuelle entre personnes détenues et surveillants, génératrice de peur ;
- la grande pauvreté, l'indigence (source de situations humiliantes), mais aussi les situations de tension (par exemple, ne pas pouvoir « cantiner » de cigarettes à l'arrivée en prison par manque de moyens...) ;
- les inégalités de ressources des personnes détenues, qui engendrent trafics et rackets ;
- la présence de drogues en prison (qui génère également trafics et rackets) ;
- la montée des communautarismes ;
- la présence en détention de personnes psychotiques ou très désocialisées ;
- l'exclusion, le rejet, voire la persécution des délinquants sexuels ;
- l'absence de valorisation du travail de surveillant ;
- l'insuffisance de formation des surveillants en matière de prévention des situations potentiellement violentes ;
- le manque d'encadrement des surveillants stagiaires et des jeunes surveillants lors de leurs premières années d'exercice : les gradés sont de plus en plus occupés par des tâches administratives et ils ne peuvent assurer un réel soutien sur le terrain ;
- l'absence de réponse aux demandes formulées par les personnes détenues ;
- les violences institutionnelles et légales subies par les personnes détenues (fouilles à corps répétées), à l'origine de sentiments d'humiliation et d'atteinte à l'estime de soi ;

- l'interprétation erronée des règlements qui peut être considérée comme arbitraire : par exemple, l'interdiction pour les arrivants au quartier disciplinaire de disposer de cigarettes (on sait généralement que, moins le droit est présent, plus l'arbitraire a sa place, plus il y a de la violence...).
- La présence de zones de « non-droit » (par exemple, certains coins des cours de promenade...).

Les solutions aux phénomènes de violence en milieu carcéral sont probablement variées et multiples. Il semble donc nécessaire de réunir tous les partenaires, travaillant et/ou s'intéressant à la prison, pour évoquer ce problème et le faire régresser. C'est la condition *sine qua non* pour effectuer pleinement notre travail « d'acteur de santé » en milieu pénitentiaire.

Les « ateliers santé » en centre de détention

Stéphane Tessier

*Directeur du Comité régional d'éducation pour la santé
d'Île-de-France (Crésif)*

La mise en place d'« ateliers santé » en centre de détention répond à deux objectifs d'éducation pour la santé : transmettre un certain nombre d'informations sur la santé qui soient appropriables par les personnes détenues et contribuer à une reconstruction de l'estime de soi grâce à l'apprentissage de nouveaux moyens d'expression valorisants. Ces objectifs synergiques ont nécessité l'organisation d'un nouveau type d'animation qui s'est inspiré d'expériences menées antérieurement avec des jeunes en situation de grande difficulté.

Les ateliers santé reposent sur une dynamique double: la circulation d'informations sur une question de santé, choisie par les détenus eux-mêmes, dans le cadre de groupes de parole intégrant une expression artistique et la projection des représentations en lien avec le thème abordé. Sur la base de 5 à 6 séances réparties sur deux mois, les ateliers sont animés conjointement par un professionnel de santé et une comédienne, avec la participation du Spip et de l'Ucsa. Lors de la dernière séance, un sketch est joué par les personnes détenues, suivi d'un débat. L'animation repose donc sur une articulation permanente entre la circulation d'information et la projection ludique et artistique des représentations des participants. Le jeu théâtral n'est jamais figé, ni même écrit. Il s'agit de situations improvisées où tout repose sur l'interaction entre les « acteurs ». Ce procédé permet une grande souplesse d'organisation dans le contexte carcéral où la participation des « acteurs » peut difficilement être planifiée à l'avance. Ces animations sont organisées à Melun et à la Maison d'arrêt des femmes de Fresnes, ainsi que dans plusieurs structures parisiennes d'hébergement (CHRS).

Apport de ces ateliers

Cette action permet d'aborder sereinement et de façon approfondie tous les thèmes, même les plus difficiles ou les plus polémiques (dépendances, alimentation, maladies transmissibles, IST, tabac, alcool, mal-être, stress, sommeil), les thèmes se rapportant à l'anxiété et au stress étant de loin les plus demandés. Les discussions ne se limitent pas au milieu carcéral, mais s'ouvrent sur les questions de santé de la vie courante « hors des murs », dont celles posées par certaines pratiques au cours des permissions (ex : consommations de substances psychoactives, rapports sexuels, etc.).

Le théâtre offre aux détenus un nouveau potentiel d'expression sur le thème de la santé. En reproduisant des situations quotidiennes et en les projetant sur un environnement extérieur à la prison, le théâtre participe au travail de préparation à la sortie. Cet outil ludique permet de désamorcer l'angoisse ou la réticence que suscite parfois l'abord de la santé en milieu pénitentiaire. Souvent, en effet, les personnes détenues ne perçoivent pas l'intérêt d'aborder les questions de santé, compte tenu des réalités carcérales. Cette activité est vécue comme rébarbative et étroitement liée à l'Administration pénitentiaire. Il s'agit par ailleurs d'un temps qui peut être très déstabilisant quand le thème traité renvoie à une problématique personnelle (VIH ou usage de drogues, par exemple).

Le jeu avec la comédienne contribue à inscrire les participants dans une dynamique positive, en valorisant les qualités esthétiques de leur production. Cette mise en confiance est fondamentale pour surmonter le trac de la dernière représentation devant les codétenus. Elle leur permet de s'investir pleinement dans leur jeu et de savourer le succès qui leur revient. Le débat qui suit a pour objectif de repositionner les enjeux de l'atelier par le biais d'une reconstruction d'information d'autant plus crédible qu'elle est l'objet d'une appropriation par les détenus eux-mêmes. Les participants du sketch qui ont préparé l'action de façon approfondie servent ensuite de relais auprès des codétenus sur le thème considéré.

La modification des postures

La participation de l'Ucsa et du Spip à ces ateliers permet d'esquisser une relation avec les personnes détenues qui sort du registre de la plainte ou du recours au soin. Tous partagent un nouvel espace d'expression commun animé par un élément extérieur, le Crésif. Grâce au rire, à la possibilité de débattre sur des thèmes de santé en dehors de relations hiérarchiques, mais aussi à la présence de tiers extérieurs à l'établissement, les places et les rôles de chacun prennent une autre dimension, sans pour autant modifier le sens des interventions des différents services.

Les principales difficultés rencontrées sont liées aux disponibilités des personnels du Spip et de l'Ucsa. Ces derniers temps, leur charge de travail les a empêchés de participer aux ateliers qui ont pu malgré tout se dérouler dans de bonnes conditions grâce à la mobilisation de tous pour relayer l'information et les invitations auprès des personnes détenues. Leur implication lors de la représentation finale reste un élément déterminant du suivi. De plus, cette opération nécessite de la part des personnes détenues du temps et de la disponibilité d'esprit. Elle ne peut donc être mise en œuvre dans les maisons d'arrêt qui sont des lieux de renouvellement fréquent et d'installation des personnes détenues dans leur peine. À ce contexte correspondent d'autres types d'intervention plus adaptés.

Quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?

Françoise Demichel

Chef d'unité d'action sanitaire,

Direction régionale des services pénitentiaires (DRSP) de Lyon

Parallèlement au volet curatif, le législateur de 1994 avait souhaité faire de la prévention et de l'éducation pour la santé un axe fort de la réforme. En tant que chef d'unité d'action sanitaire (Cuas), je ne peux que constater que cet axe reste à développer sur trois points d'importance majeure : la connaissance insuffisante de la mission et du rôle des uns et des autres en matière d'éducation pour la santé, le manque de légitimité des actions en éducation pour la santé dans le parcours d'aide à la réinsertion de la personne détenue, et enfin l'insuffisance de la méthodologie de projet et du travail partenarial et pluridisciplinaire.

Une loi insuffisamment connue

Il existe une méconnaissance de la part de certains acteurs et parfois une confusion dans le rôle des uns et des autres. Ainsi, des directions hospitalières et certains personnels sanitaires ne connaissent pas les missions, procédures et modalités de financement que la loi de 1994 leur a confié en la matière. Cette loi (article R.711-14 du CSP) précise que l'établissement de santé coordonne les actions de prévention et élabore le programme de prévention et d'éducation en accord avec la direction de l'établissement pénitentiaire, le Spip et les partenaires concernés.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette méconnaissance de la loi : l'absence d'information des intervenants Ucsa sur la loi de 1994 et leur exercice en milieu carcéral, la présence de certains médecins Ucsa qui sont des libéraux, la primauté du curatif, l'existence d'une enveloppe de crédits dédiée de l'Administration pénitentiaire pour cofinancer ces projets, ce qui peut entraîner une confusion dans l'esprit de certains à propos de la répartition des rôles. De plus, certains textes contribuent à cette confusion (cf. le rôle dévolu aux services socio-éducatifs avant la loi de 1994 ; la circulaire de 1994 sur les champs de compétence des Spip qui mentionne un rôle de coordination du Spip alors que la loi de 1994 confie le rôle au médecin Ucsa).

Des actions peu légitimées

Un autre frein au développement des actions en éducation pour la santé provient de leur manque de légitimité au regard de ce qu'elles peuvent apporter dans le parcours d'aide à la réinsertion de la personne incarcérée. Cette lacune se situe davantage du côté des directions des Établissements pénitentiaires pour lesquelles, s'il est naturel d'intégrer dans la démarche d'insertion le travail, la formation professionnelle ou l'enseignement, il n'en est pas de même pour les actions d'éducation pour la santé. Le rôle de ces dernières dans la réinsertion est moins perceptible que le travail ou la formation professionnelle.

Ce manque de légitimité est aussi ressenti par des partenaires externes. En témoignent les réticences de certains partenaires ou financeurs potentiels tels que les CPAM, les conseils généraux, les réseaux mutualistes. Il convient là aussi de rappeler à ces interlocuteurs que les personnes détenues sont dans le droit commun, et qu'ils doivent pouvoir bénéficier de prestations effectuées pour les gens libres.

Un manque de méthodologie et des difficultés de travail partenarial

Le manque d'appropriation de la méthodologie de projet apparaît comme un frein au développement des actions en éducation pour la santé. On constate que les équipes ont du mal à acquérir cette méthodologie, et que pour l'instant, sauf pour quelques sites, on n'en est qu'aux premiers balbutiements. Les acteurs utilisent très peu le guide « Promotion de la santé et milieu pénitentiaire » diffusé en 1998 par les ministères de la santé et de la justice avec le CFES ; ils font encore peu appel au réseau spécialisé. Or cet outil peut être une bonne base de travail (approche théorique, cahier méthodologique avec fiches pratiques sur les étapes à suivre).

Autre point à souligner, celui de la difficulté du travail partenarial et pluridisciplinaire. En effet, un projet d'éducation pour la santé ne peut être élaboré, mis en œuvre et évalué qu'à la condition que les divers acteurs locaux travaillent ensemble sur les projets. Depuis 1997, sur la DRSP de Lyon, les acteurs locaux sont invités à travailler en partenariat sur ces dossiers par le biais de la mise en place d'un groupe de travail régulier sur l'élaboration, la mise en œuvre, le bilan des actions. Il leur est également conseillé d'associer les réseaux externes, tels que ceux de l'ex-CFES, la CPAM, le réseau mutualiste...

D'autres facteurs limitants peuvent être cités tels que le manque de personnels sanitaires, le manque de locaux, les conditions de détention et la surpopulation carcérale, l'absence de motivation des personnes détenues, leur « turnover » important, l'absence de communication autour des projets à destination des personnes

détenues et des personnels pénitentiaires et enfin la recherche de financements.

Les pistes d'amélioration

Les actions en éducation pour la santé doivent être développées. Il existe des axes d'amélioration sur lesquels les acteurs, selon leurs niveaux d'intervention, peuvent s'appuyer. On peut citer par exemple : la formation des personnels, la poursuite des formations-actions pluridisciplinaires des personnels, l'organisation d'une réflexion régionale sur les pratiques professionnelles, la diffusion des expériences et la mutualisation des actions, l'appel au réseau spécialisé et enfin l'accompagnement des projets par les institutions.

Les dispositions inscrites dans le guide méthodologique d'application de la loi de 1994, en cours de validation, s'inscrivent dans une perspective de meilleur ancrage de la prévention et de l'éducation pour la santé dans le fonctionnement institutionnel. Leur donner une légitimité accrue devrait contribuer au développement de ces dispositifs, aider à la réinsertion de la personne détenue et à la préparation de son retour à la liberté.

La promotion de la santé : une modélisation en acte

Philippe Lecorps

*Enseignant-chercheur,
à l'École nationale de santé publique de Rennes,
administrateur du Cres de Bretagne*

La maladie, toutes pathologies confondues, est liée à la pauvreté et à la misère économique et culturelle. Nous savons que 60 % des personnes détenues vivent en dessous du seuil de pauvreté. Il n'est donc pas étonnant que la population carcérale présente des pathologies lourdes liées à l'exclusion, à la marginalisation, et aux addictions : toxicomanie, alcoolisme, tabagisme. Globalement, la population pénale est deux fois plus malade que la population générale d'âge comparable. De plus, la vie en prison et son cortège de stress, sédentarité, promiscuité, tabagisme, restriction de l'espace, ajoute des pathologies nouvelles (notamment asthme, ulcères, hémorroïdes, artérites). Plus la peine est longue, plus est grand le risque de sombrer dans le « carcéralisme » que Simone Buffard définit ainsi, dans son livre *Le froid pénitentiaire : « désinvestissement du corps, vieillissement précoce, conversions somatiques, troubles de la sexualité, baisse du niveau psychomoteur et tout ce qui va avec, baisse du rendement intellectuel, indifférence affective ou trop vive excitabilité.¹ »* Comment maintenir « une vie en santé » dans cet environnement éminemment pathogène ?

La santé, entre douleur et souffrance

Le corps de la personne détenue, comme surface d'expression de la douleur en mal de soin, nécessite l'intervention de la médecine. Pour autant, prendre au sérieux la question de la santé ne peut se réduire à améliorer la réponse du système de soins à la douleur — condition certes nécessaire, mais pas suffisante. Il s'agit en effet, par différents moyens, d'entendre la souffrance des personnes détenues pour les aider peu à peu à reprendre, comme sujets singuliers — et pas seulement comme assujettis à la sanction pénale — la direction de leur histoire, le cours du récit de leur vie. Depuis leur jugement, tout ceci leur avait été en quelque sorte confisqué, figé dans un dossier, marqué du sceau d'une condamnation, dévoilé aux yeux de tous.

La loi de 1994 a fait entrer les équipes hospitalières au sein des prisons. Cette réforme a incontestablement amélioré la prise en

¹ Simone Buffard. *Le froid pénitentiaire, l'impossible réforme des prisons*. Paris, Le Seuil, 1973, p. 53.

charge des problèmes de santé des personnes détenues. Toutefois, il reste des questions dont le traitement ne peut résulter de la seule activité médicale, mais est tributaire d'une réelle politique institutionnelle cherchant à créer au sein des institutions pénitentiaires les conditions permettant le développement de la santé des personnes détenues.

Vers une méthodologie de projet en promotion de la santé

La méthodologie de projet en promotion de la santé et en éducation pour la santé vise à permettre à l'ensemble des acteurs (personnes détenues, professionnels du soin, des services sociaux et éducatifs, surveillants et administration pénitentiaire) de créer au sein de l'établissement les conditions qui facilitent l'état de santé.

Pendant plusieurs années, l'expérience d'une dizaine de sites pilotes dans des centres pénitentiaires volontaires a permis d'aboutir à une modélisation de l'intervention en éducation pour la santé. Une formation-action animée par les Comités d'éducation pour la santé (réunissant surveillants, membres de la direction, équipes des Ucsa, membres des Spip et enseignants) a œuvré au développement d'une culture commune de l'intervention en santé. Il fallait se mettre d'accord sur le sens des mots : sortir la santé de sa seule acception biomédicale ; décrire l'éducation pour la santé comme un au-delà de l'alphabétisation sanitaire ; situer la promotion de la santé dans son ambition de modifier les conditions de détention défavorables à la santé. Chacun des participants a pu expliciter ses représentations de ces notions polysémiques pour aboutir à une vision partagée.

Les temps de formation entre professionnels ont permis de définir une démarche de projet qui visait au développement de la santé comme atout de réinsertion des personnes détenues. Dans le modèle d'action retenu, l'action proprement dite commence par un diagnostic de la situation. Il s'agit d'agrèger les données d'observation recensées par les différents professionnels, mais aussi celles recueillies par interview auprès des personnes détenues et dessiner ainsi une sorte de panorama des besoins de santé des personnes en détention sur lesquels une action de promotion de la santé peut être envisagée. C'est ensuite que se dessine le projet possible. Il comporte trois niveaux. Le premier, institutionnel, répond à la question : que peut-on modifier dans l'institution pour offrir de meilleures conditions facilitant la santé ? Le deuxième niveau concerne chaque professionnel qui se demande comment améliorer les modalités pratiques de fonctionnement ? Le troisième niveau concerne la mobilisation des détenus pour qu'ils contribuent eux-mêmes à l'amélioration de leur état de santé.

Une démarche exigeante

Cette approche de promotion de la santé qui prend en compte à la fois l'amélioration de l'environnement, l'engagement professionnel et l'engagement des personnes détenues est une démarche exigeante. Elle suppose de donner la parole aux personnes détenues, de la recevoir et de l'entendre. Elle met en débat au quotidien les fonctions, réciproques des professionnels. Surveillants, éducateurs, soignants... en quoi chacun est-il concerné par la santé des personnes en détention ? En quoi chacun se découvre-t-il lié aux autres acteurs tout en conservant ses fonctions propres, ses missions de sécurité, de soin, de réinsertion ? Ces programmes ont fonctionné à la mesure de l'engagement des acteurs. Il faut du temps pour que les équipes s'approprient, elles viennent de deux univers (celui de la pénitencier et celui de la santé) qui ont chacun leurs codes, leurs valeurs, leurs usages, leur légitimité. C'est dans la reconnaissance partagée des logiques de ces univers que le projet peut prendre place. Cette rencontre exige du temps, des volontés réciproques et des méthodes de travail inhabituelles dans les métiers du soin.

Conçu ainsi, le projet de promotion de la santé apparaît dans sa double exigence : une exigence politique (le projet appelle des modifications institutionnelles indispensables) ; une exigence relationnelle aussi dans sa volonté de restauration de la personne, appelée à reprendre sa place de sujet de son histoire personnelle, et à tisser des liens avec les autres. Les limites de ces actions relèvent des deux champs où elles s'expriment. Bien sûr, ces deux dimensions, l'institutionnel et le relationnel, limitent également parfois les interventions en promotion de la santé.

Les limites institutionnelles tiennent à la volonté des différents corps professionnels d'analyser les conditions de possibilité de santé des personnes détenues, de mettre à plat les différents dysfonctionnements observés, de débattre de leurs représentations, de rechercher les solutions, de vaincre leurs peurs, même si de sérieux bouleversements institutionnels sont nécessaires. Jusqu'où accepter de sortir de la routine ?

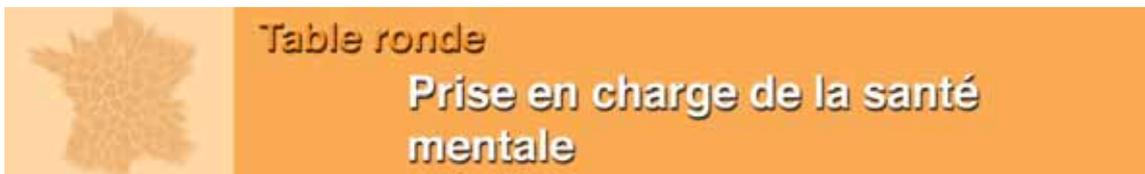
D'un autre côté, prendre soin de soi exige de la personne détenue un véritable engagement personnel vis-à-vis d'elle-même mais aussi vis-à-vis du groupe. On imagine ce qu'elle doit déployer comme force pour vaincre l'immobilisme, la passivité, voire l'hostilité générée l'institution pénitencier. Participer à un projet concernant la santé est un entraînement à la responsabilité, sur des questions qui ont un sens vital pour chacun.

C'est cela, la prise en compte de la santé : un appel à restaurer son image de soi (y compris corporelle), à se réconcilier avec ses partenaires, à promouvoir la justice dans l'institution, fut-elle carcérale.

Le soutien des équipes de terrain

Ces méthodes de travail brièvement décrites ici² sont aujourd'hui à l'œuvre dans les centres pénitentiaires. Les équipes à l'origine de ces projets ne sont pas au bout de leurs peines. La santé est un gage d'insertion pour les détenus ; pour autant, les nécessités de l'insertion ne sont pas toujours reconnues comme prioritaires par les institutions qui ont pour mission de les mettre en œuvre. Les équipes sur le terrain ont besoin d'être soutenues (à l'aide notamment de méthodes d'analyse des organisations et d'animation de groupe) pour que ces démarches de promotion de la santé se développent dans la durée.

² Pour en savoir plus, consulter : F.Guibourgé, A.M. Palicot, O. Brixi, O. Choukroun (sous la dir. de) *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*, CFES, La Santé en Action, 1997



Participants :

Bruno Falissard, professeur, directeur de l'unité de santé publique, hôpital Paul-Brousse à Villejuif,

Frédéric Rouillon, professeur, conseiller scientifique auprès du DGS, chef de service de psychiatrie à Créteil,

Thierry Cadet, surveillant principal, SMPR de la prison de la Santé à Paris,

Gérard Dubret, médecin, expert près de la cour d'appel de Versailles, chef de service, C.H. de Pontoise,

Catherine Paulet, médecin, chef de service, SMPR de Marseille,

Luc Montuclar, médecin responsable de l'Ucsa, Maison d'arrêt des Hauts-de-Seine

Animation : Luc HOSSEPIED

Enquête de prévalence des troubles mentaux parmi les personnes détenues

Bruno Falissard

*Professeur,
directeur de l'unité de santé publique de l'hôpital
Paul-Brousse à Villejuif*

Frédéric Rouillon

*Professeur,
conseiller scientifique auprès du DGS,
chef de service de psychiatrie à Créteil*

Face à l'insuffisance des données épidémiologiques nationales, le ministère de la Santé a décidé, en collaboration avec le ministère de la Justice, soucieux de l'accès aux soins des personnes incarcérées, de réaliser une étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires français. Le protocole a été écrit à cet effet en 2002 par un groupe d'experts dirigé par les Professeurs Bruno Falissard et Frédéric Rouillon (Inserm), sous l'égide d'un comité de pilotage présidé par les ministères de la Santé et de la Justice associant des représentants des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire. Un appel d'offres a été lancé par le ministère de la Santé pour la réalisation de l'étude (cofinancée par le ministère de la Justice). Il a été remporté par la société d'épidémiologie Cemka-Eval.

Méthodologie

L'étude³ comportait trois phases distinctes :

1) une étude transversale visant à évaluer la prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale : cette étude transversale portait sur 1000 personnes détenues, dont 800 hommes tirés au sort dans les établissements pénitentiaires de France métropolitaine (plan de sondage en grappe en fonction du type d'établissement pénitentiaire), 100 femmes détenues et 100 hommes détenus dans un établissement d'un département d'outre-mer ;

2) une étude longitudinale avec un suivi sur neuf mois de 300 personnes primo-incarcérées ;

³ Cette étude a répondu aux exigences de la loi Huriet sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales et a reçu un avis favorable d'un comité consultatif de protection des personnes dans les recherches biomédicales (CCPPRB). Toutes les procédures de respect des personnes (demande et recueil du consentement des personnes détenues, procédure de signalement aux équipes sanitaires intervenant en milieu carcéral) ont été scrupuleusement respectées.

3) une étude rétrospective portant sur 100 personnes détenues condamnées à des longues peines. Un comité de pilotage associant les deux ministères et les différentes directions concernées assuraient le suivi de l'étude avec l'aide de représentants de professionnels intervenant en milieu pénitentiaire. Les résultats présentés ici portent sur l'étude de prévalence des troubles mentaux parmi la population détenue, soit 799 sujets masculins de France métropolitaine inclus dans la phase 1 (seul volet de l'étude à être actuellement terminé).

La méthodologie d'évaluation des troubles mentaux utilisée dans ces trois phases a été élaborée avec un double souci de fiabilité (reproductibilité) et de pertinence clinique. Cette méthodologie a fait l'objet d'un développement spécifique et d'une publication dans une revue internationale à comité de lecture. En pratique, deux cliniciens (un psychiatre de plus de 4 ans d'expérience et un psychologue clinicien) ont rencontré ensemble la personne interrogée. Le psychologue a conduit dans un premier temps un entretien structuré conformément aux directives du MINI (Mini international neuropsychiatric interview), instrument largement utilisé en épidémiologie psychiatrique. Le psychiatre a ensuite conduit par un entretien libre avec la personne détenue. Cet entretien portait également sur des données personnelles, familiales et judiciaires d'avant l'incarcération. À la suite de ces entretiens, les cliniciens ont donné chacun, indépendamment l'un de l'autre, un (ou plusieurs) diagnostic(s), issus du MINI et de la clinique. Dans un second temps, ils se sont concertés et ont proposé un (ou plusieurs) diagnostic(s) dit(s) consensuel(s). L'accord entre les deux cliniciens s'est avéré « bon » à « très bon » ; le niveau de confiance dans les diagnostics proposés est donc élevé.

Les entretiens ont été réalisés entre juillet 2003 et septembre 2004. L'accueil et la coopération des personnels de l'Administration pénitentiaire ont été généralement très bons. Le taux de participation des personnes détenues à l'étude a été de 57 %, avec des variations selon les établissements pénitentiaires.

Résultats

Quels que soient les populations et le type d'établissement, les personnes détenues présentent de lourds antécédents personnels et familiaux, qu'il s'agisse du décès d'un membre de leur famille proche, de maltraitances de nature physique, psychologique ou sexuelle ou d'autres événements traumatisants (violence chez des proches, accidents...). Avant leur incarcération, plus du tiers des personnes détenues ont déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique. Seize pour cent des hommes détenus en métropole ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques. En métropole, 6 % des personnes détenues ont été suivis par le dispositif de lutte contre la toxicomanie et 8 % par celui de lutte contre l'alcoolisme.

Sur la base des 799 hommes détenus interrogés, les principales prévalences actuelles projetées sur la population carcérale masculine de France métropolitaine sont estimées à :

- dépression : 40 %
- anxiété généralisée : 33 %
- névrose traumatique : 20 %
- agoraphobie : 17 %
- schizophrénie : 7 %
- paranoïa, psychose hallucinatoire chronique : 7 %

Ces résultats sont à replacer dans leur contexte. Une dépression peut être envisagée sous l'angle d'un syndrome, c'est-à-dire d'un ensemble de symptômes. Elle est définie par certains psychiatres comme un deuil sans objet. Le milieu carcéral est peut-être propice à un deuil naturel. Plus généralement, ces chiffres indiquent qu'un grand nombre de personnes détenues a un niveau de souffrance psychique élevé. La transposition en termes de pathologie psychiatrique avérée nécessite une analyse plus approfondie des données.

En ce qui concerne la toxicomanie, 8 % des personnes interrogées présentaient un abus ou une dépendance aux substances illicites, et 31 % un abus ou une dépendance à l'alcool.

Sur une échelle de gravité allant de 1 à 7, 12,6 % des 799 personnes détenues interrogées ont été décrits comme « gravement malades (niveau 6 de l'échelle de gravité) » ou « parmi les patients les plus malades (niveau 7 de l'échelle de gravité) ». Par ailleurs, 22 % des entretiens ont conduit, après accord de la personne, à un signalement auprès de l'équipe soignante pour « trouble psychiatrique méritant d'être signalé ».

Limites de l'étude

Du fait de possibles fluctuations d'échantillonnage (tirage au sort des lieux de détention et des personnes détenues), les prévalences précédentes ont une marge d'incertitude absolue (au seuil de 95 %) de ± 10 % pour les syndromes dépressifs, ± 4 % pour la schizophrénie et les psychoses chroniques non schizophréniques. Afin de tenir compte des personnes détenues tirées au sort mais ayant refusé de participer à l'étude, deux hypothèses ont été posées :

- en faisant l'hypothèse que ces personnes détenues aient des prévalences moitié moindres que les prévalences des personnes détenues ayant accepté de participer, les prévalences projetées sur la population carcérale masculine de France métropolitaine seraient de 33 % pour les syndromes dépressifs, 6 % pour la schizophrénie et les psychoses chroniques non schizophréniques ;

- en faisant l'hypothèse que ces personnes détenues aient des prévalences égales au double des prévalences de celles ayant accepté de participer, les prévalences projetées sur la population carcérale masculine de France métropolitaine seraient de 56 % pour les syndromes dépressifs, 10 % pour la schizophrénie et les psychoses chroniques non schizophréniques.

Les prévalences de ces troubles n'ont jamais été évaluées dans la population générale française avec une méthodologie comparable. Il est cependant communément admis que la prévalence de la schizophrénie en France est d'environ 1 %, alors que 5 % des Français présenteraient un état dépressif une année donnée.

Conclusion

L'interprétation des résultats doit être différenciée et mesurée. En ce qui concerne l'anxiété, la dépression, l'abus, la dépendance et les troubles psychotiques, les prévalences élevées doivent être interprétées différemment les unes des autres. Les compléments d'analyse nécessaires seront réalisés d'ici au mois de juin. L'étude qui va être réalisée sur les primo incarcérés permettra de comparer les prévalences. En attendant, et en dépit des limites inhérentes à ce type d'enquêtes, il convient de saluer la décision de mener une telle étude.

Témoignage d'un surveillant de SMPR

Thierry Cadet,

Surveillant principal au SMPR de la prison de la Santé à Paris

Surveillant principal au SMPR de la prison de la Santé à Paris, Thierry Cadet témoigne de la nécessité absolue de la présence des SMPR et des Ucsa au sein des établissements pénitentiaires. « Cette présence », affirme-t-il, « est à mettre en relation avec les principes fondateurs de toute démocratie, notamment à travers le droit à la santé pour tous. Plus ces grands principes entreront dans les prisons, plus ces dernières s'humaniseront. »

Il rappelle le rôle essentiel tenu par le surveillant au SMPR, que ce soit dans la mise en œuvre de plannings de consultations, l'accueil des détenus, la gestion des mouvements et la sécurité des personnes et des locaux. « Par sa fonction », rappelle-t-il, « le surveillant constitue un lien incontournable entre le SMPR et la détention. Il est observateur et témoin privilégié du respect des droits des détenus (dignité, hygiène...). »

Dix ans après la mise en place de la loi de 1994, Thierry Cadet fait part de ses inquiétudes. Il relève des conditions de détention parfois déshumanisantes et des situations professionnelles qu'il qualifie de « chaotiques ». À partir de ces constats, il suggère quelques propositions en vue d'améliorer le travail des surveillants, à commencer par la définition et l'application d'un règlement intérieur. Compte tenu du rôle pivot du surveillant en prison, la mise en place de réunions inter-services lui semble incontournable. Enfin, dans le cadre de sa pratique quotidienne au SMPR et face à l'importante détresse psychologique rencontrée en prison, il invoque la nécessité de former les surveillants aux problématiques psychiatriques fréquemment rencontrées dans le contexte carcéral et aux modes d'intervention d'urgence.

Pour conclure, il souligne que la prison n'est pas et ne doit surtout pas devenir un monde d'exclusion : « Elle est intimement liée à notre quotidien. Lorsque la société souffre, la prison agonise. »

Les UHSA : une fausse bonne idée ?

Gérard Dubret

*Psychiatre des Hôpitaux,
expert près de la cour d'appel de Versailles,
C. H. René Dubos de Pontoise*

Les psychiatres ont toujours milité pour que leurs patients bénéficient de la même considération que les patients souffrant de toute autre pathologie. Et parmi les psychiatres, ceux qui interviennent en milieu carcéral ont toujours milité pour que les patients détenus bénéficient de la même qualité de soins que tout autre patient. De là, peut-être, provient l'idée que l'hospitalisation psychiatrique des détenus, lorsqu'elle est nécessaire, devrait se faire dans des unités spécialement aménagées, sur un modèle voisin des unités prévues pour l'hospitalisation somatique des détenus, c'est-à-dire les UHSI. Mais réclamer une offre de soins de même qualité pour tous ne doit pas nous faire méconnaître la spécificité de la psychiatrie et des pathologies mentales. Dans le champ de la santé mentale des personnes détenues, il existe deux spécificités de la psychiatrie : la première concerne la morbidité psychiatrique de la population pénale ; la seconde a trait aux soins psychiatriques sous contrainte.

La morbidité psychiatrique de la population pénale

Le nombre de détenus présentant des troubles psychiatriques est important et toutes les études montrent que ce nombre ne cesse d'augmenter. On pourra aussitôt objecter que c'est précisément parce que ce nombre est très élevé qu'il importe de développer en prison un dispositif de soins qui comprenne des possibilités d'hospitalisation. Mais parmi les troubles psychiatriques de la population pénale, on rencontre de plus en plus souvent des pathologies lourdes (psychotiques, délirantes, schizophréniques...), pathologies dont on disait autrefois qu'elles avaient une dimension aliénante. Et c'est là une des spécificités de la pathologie psychiatrique, car contrairement aux autres affections et notamment aux affections somatiques, un grand nombre de maladies mentales rencontrées en prison ne sont ni consécutives à la privation de liberté, ni même simplement intercurrentes à la détention. En effet, bon nombre d'entre elles sont à l'origine même de l'infraction ou du crime qui a conduit la personne en prison. Dès lors, ne nous y trompons pas : développer au sein du système pénitentiaire un dispositif d'hospitalisation psychiatrique permettant de prendre en charge les pathologies les plus lourdes sans chercher en amont à remédier à cet afflux derrière les barreaux de personnes souffrant de maladie mentale, c'est à coup sûr prendre le risque d'amplifier ce

mouvement. Accroître l'offre de soins psychiatriques en prison, c'est aussi malheureusement accroître le risque de voir les tribunaux condamner davantage les malades à des peines de prison, puisque l'incarcération pourra s'accompagner de soins psychiatriques, y compris pour les pathologies les plus graves. Créer des UHSA susceptibles de recevoir des malades mentaux hospitalisés sans leur consentement, c'est entériner le principe de l'incarcération des malades mentaux.

Malgré les messages d'alerte établis durant l'année 2000 par les rapports parlementaires du Sénat et de l'Assemblée nationale, il semble bien que la grande majorité de l'opinion publique et des médias reste indifférente à cette situation honteuse et persiste à ne voir dans l'institution psychiatrique et l'institution pénitentiaire que les deux volets complémentaires des aspirations sécuritaires de notre société. Pire, pour certains idéologues se dessine l'idée que la prison pourrait venir concrétiser un principe de réalité chez les patients schizophrènes. Confondant les registres du réel et du symbolique, certains n'hésitent pas à s'appuyer sur la recherche d'une confrontation à la loi pour vanter la valeur thérapeutique de la sanction pénale et de l'incarcération. Ainsi, la prison devient l'ultime institution psychiatrique qui permet tout à la fois de soigner et punir. Dans ce contexte, renforcer les dispositifs de soins psychiatriques aux personnes détenues doit obligatoirement s'accompagner d'une réflexion en amont. Parmi les facteurs à prendre en compte, il y a l'évaluation psychiatrique initiale que constitue l'expertise psychiatrique pénale, mais aussi la nature de l'offre de soins de la psychiatrie publique, telle qu'elle existe dans les dispositifs de secteur.

Concernant l'expertise pénale, l'article 64 de l'ancien code pénal faisait entrer dans la loi un principe très ancien du droit, celui de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux. Il s'agissait de circonscrire un champ clinique au sein duquel l'action de la justice était contre-indiquée et devait laisser la place à un processus de soin. Dans ce cadre, l'expert était chargé d'indiquer clairement si le comportement d'un sujet mis en examen pour une infraction correspondait aux symptômes d'une maladie pouvant bénéficier de soins spécialisés, ou bien s'il résultait de la transgression d'une loi parfaitement repérée et relevant alors d'une sanction pénale. Il semble bien que la mise en place du nouveau code pénal en 1994 ait entraîné une très nette diminution du nombre des décisions d'irresponsabilité pénale pour raisons psychiatriques. L'article 122.1 — qui a remplacé l'article 64 — distingue en effet, à côté des sujets dont les troubles psychiques ont aboli le discernement et qui peuvent être déclarés irresponsables, des sujets ayant seulement présenté une altération de ce discernement et qui demeurent punissables. En dix ans, le nombre d'affaires se terminant par un non-lieu pour irresponsabilité s'est trouvé divisé par dix, passant de 3 ou 4 % à 0,45 %. Au cours de cette même période, les

personnes pour lesquelles l'altération du discernement a été invoquée se sont vues infliger un quantum de peines très souvent supérieur à celui des condamnés pour qui aucun trouble psychique n'avait été signalé par les experts. À peu près dans le même temps, le nombre d'hospitalisations d'office de personnes détenues (article D. 398 du Code de procédure pénale) décompensant leur pathologie psychiatrique en prison s'est trouvé multiplié par treize.

Pourtant, une grande majorité de malades mentaux entre en prison sans avoir jamais vu aucun expert, la plupart du temps dans le cadre de procédures correctionnelles ou de comparutions immédiates pour lesquelles les expertises ne sont pas systématiques. Une très récente conférence de consensus sur « l'intervention du médecin en garde à vue » a parfaitement montré combien les troubles psychiatriques étaient largement sous-diagnostiqués avant l'entrée en prison. Tandis que, paradoxalement, les parquets harcèlent les experts psychiatres pour leur poser la question de l'opportunité d'une éventuelle injonction de soins dans les dossiers de délinquance sexuelle (question qui n'a jamais un caractère d'urgence) et ne se préoccupent pas de la compatibilité de la garde à vue ou de la détention avec de graves pathologies psychiatriques.

Concernant l'offre de soins de la psychiatrie publique, on constate un grave déficit en lits sécurisés. Au cours des vingt dernières années, les services d'hospitalisation psychiatrique du dispositif de secteur public se sont largement ouverts sur la ville et sur l'extérieur. On ne peut que se féliciter de cette évolution. Parallèlement, le personnel infirmier des institutions psychiatriques s'est majoritairement féminisé. Cette libéralisation des conditions d'hospitalisation psychiatrique, si elle est souhaitable pour l'immense majorité des patients, place cependant les équipes soignantes en difficulté dès lors qu'elles sont confrontées à des pathologies s'exprimant sur un mode de violence comportementale ou de forte agressivité. Le seul recours des équipes — lorsque leurs capacités soignantes se trouvent dépassées — est de faire appel aux Unités pour malades difficiles (UMD), dont le nombre de places est ridiculement faible au regard des besoins. En effet, le nombre de places disponibles pour les quatre UMD existant en France ne dépasse pas 386 lits. Il en résulte de longues semaines d'attente avant de pouvoir adresser un patient difficile dans ce type d'unité. Il n'est pas interdit de penser que cette carence en lits pour malades difficiles dans l'offre générale de soins de la psychiatrie publique pèse lourdement dans la décision des experts. Ces derniers sont en effet confrontés à des individus dont les actes médico-légaux exigent des unités d'hospitalisation beaucoup plus « contenantes » que ne le sont celles de la psychiatrie de secteur. En l'absence d'un nombre suffisant d'UMD, la prison (complétée par les UHSA) devient l'ultime institution psychiatrique sécurisée.

Des UHSA pour des hospitalisations sans consentement ?

La psychiatrie est la seule spécialité médicale pour laquelle la loi organise des modalités de soins sans le consentement du patient. La méconnaissance par les patients des troubles qu'ils présentent est souvent l'un des symptômes de la maladie mentale. Mais il serait contraire à l'éthique de laisser sans soins les patients qui dénie leurs troubles et refusent toute prise en charge. Pour autant, on ne peut pas imposer des soins sous contrainte à un patient privé de liberté. C'est pourquoi les hospitalisations psychiatriques sans consentement des personnes détenues commencent toujours par une sortie du milieu pénitentiaire qui ne doit pas être pour autant assimilée à une levée d'écrou. On peut parfaitement concevoir que les troubles dépressifs ou anxieux des patients détenus atteignent une intensité telle qu'une hospitalisation soit nécessaire et que ces patients soient consentants, voire demandeurs, pour cette hospitalisation. Dans ces conditions, l'hospitalisation en service libre, dans une UHSA, constitue une réponse plus pertinente que les hospitalisations d'office dans un service de secteur et plus adaptée que les hospitalisations dans les lieux mêmes de détention où la pratique s'essouffle. Mais, il est bien précisé dans l'article 48 de la loi de programmation de la justice que les UHSA auront vocation à recevoir des personnes détenues avec ou sans leur consentement. Ainsi, c'est bien d'une proposition d'organisation des soins sous contrainte pour des malades mentaux incarcérés dont il est question, ce qui n'est pas sans soulever des questions d'ordre éthique. En effet, voilà les des individus qu'on a jugés suffisamment lucides pour qu'ils assument la responsabilité pénale de leurs comportements délinquants, mais dont on découvre, une fois qu'ils sont incarcérés, qu'ils ne disposent pas de la lucidité suffisante pour consentir aux soins psychiatriques dont ils ont besoin.

Enfin, et sans trop entrer dans les détails, il importe d'ores et déjà de réfléchir aux futurs personnels d'encadrement infirmiers de ces UHSA. Si ces unités doivent recevoir des détenus hospitalisés sans leur consentement, elles nécessiteront en effet des taux d'encadrement proches de ceux des UMD. Si leur taux d'encadrement est insuffisant, elles ne pourront recevoir que des patients consentants ou ceux dont les troubles ne comportent pas de débordements comportementaux bruyants. Mais dans ce cas, pour les patients présentant un potentiel de dangerosité psychiatrique, les psychiatres des SMPR n'auront d'autres alternatives que de continuer à faire appel aux UMD dont les capacités d'accueil risquent pourtant de stagner si leurs crédits de développement sont en concurrence avec ceux des UHSA. Enfin, le rôle du personnel pénitentiaire des futurs UHSA pose question. Ces agents pourront-ils se cantonner à un rôle de surveillance périmétrique si les taux d'encadrement infirmier sont insuffisants au regard de la gravité des pathologies rencontrées.

La nécessité de réformes en profondeur

La présence sans cesse croissante de malades mentaux dans les prisons exige beaucoup plus de notre société qu'un simple renforcement des moyens de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, renforcement dont on a vu qu'il pouvait avoir des effets pernicioeux. Elle exige que l'ensemble des paramètres soit analysé, non seulement au regard de la psychopathologie et de la justice, mais aussi au regard de l'éthique. Bref, elle nécessite beaucoup plus que des adaptations, elle nécessite des réformes profondes.

L'offre générale de soins de la psychiatrie de secteur public doit être complétée par des unités plus « contenant » et plus sécurisées, sur le modèle des UMD dont il est urgent d'accroître le nombre de lits.

L'évaluation psychiatrique initiale des personnes détenues, telle qu'elle est pratiquée dans les expertises pénales présentenciellees et dans les examens de garde à vue, doit être optimisée puisque la majorité des personnes détenues ne bénéficie d'aucune expertise psychiatrique et que, parmi ceux qui en bénéficient, beaucoup subissent les effets délétères du deuxième alinéa de l'article 122-1.

Evolution de la prise en charge de la santé mentale des personnes détenues, dix ans après la loi

Catherine Paulet,

*psychiatre, praticien hospitalier,
chef de service du SMPR de Marseille*

La loi du 18 janvier 1994 est une réforme d'importance. Le dispositif législatif et réglementaire, initié pour la psychiatrie en 1985 avec la loi sur le secteur psychiatrique et développé en 1994, a clairement intégré le soin aux personnes détenues comme une mission hautement prioritaire de service public hospitalier. C'est un modèle pertinent et performant que nos voisins européens nous envient et dont ils s'inspirent (Norvège, Italie, Belgique, Luxembourg...). Ils saluent particulièrement l'intérêt du transfert de compétences « Justice-Santé » tant pour les patients (intégration dans le dispositif de la population générale) que pour les soignants (indépendance technique et statutaire).

Un dispositif de soin psychiatrique spécifique plus performant mais encore insuffisant

Nous soignons plus et mieux qu'il y a dix ans mais les moyens attribués sont encore insuffisants pour répondre aux ambitions de la réforme et à l'ampleur des besoins, particulièrement dans les établissements pour peine et les établissements dépourvus de SMPR. La spécificité du milieu pénitentiaire et du travail psychiatrique qui s'y accomplit a entraîné le développement de dispositifs spécifiques performants :

- prises en charge intensives et/ou spécifiques dans les SMPR des 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ;
- équipes psychiatriques des secteurs de psychiatrie générale dévolues à la prise en charge des personnes détenues ;
- consultations post-pénales ;
- et, bientôt, les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) pour l'hospitalisation psychiatrique (libre et sous contrainte) des personnes détenues dans l'enceinte de l'hôpital : UHSA dont on peut espérer — si leur nombre et leurs moyens sont suffisants et si le travail d'articulation est le maître mot de leur projet médical — qu'elles amélioreront sensiblement les conditions d'hospitalisation qui sont actuellement déplorables.

Une morbidité psychiatrique de la population pénale en constante augmentation

Mais dans le même temps, voire en contre-partie, nous constatons une augmentation sensible du nombre de personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux sévères. Les premiers résultats de l'enquête épidémiologique DGS/Dap conduite par les professeurs Bruno Falissard et Frédéric Rouillon vont d'ailleurs bien au-delà des chiffres des enquêtes dont nous disposons jusqu'à présent. Ainsi, le chiffre de 40 % de troubles dépressifs et le taux de 14 % de psychoses avérées (dont 7 % de schizophrénies) sont extrêmement préoccupants. Le phénomène ne saurait se résumer au principe des vases communicants (l'hôpital psychiatrique qui se vide tandis que la prison se remplit). Il est évidemment beaucoup plus complexe et met en jeu plusieurs phénomènes :

- une responsabilisation pénale accrue des malades mentaux par l'articulation de trois théories intellectuellement séduisantes mais dont l'application est critique sur le plan éthique :
 - la thèse de la citoyenneté, de l'appartenance de tout un chacun, fût-il malade mental, à la communauté des Hommes,
 - la théorie psychanalytique du « Sujet » auteur de ses actes, mais dont les ressorts et les déterminants sont pour partie inconscients,
 - la thèse du procès qui fait sens — parole publique et inscription dans la réalité commune — et qui, selon D. Salas, « rétablit le fil, déchiré par le crime, de la relation entre la victime et l'auteur » ;
- un élargissement des missions de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale (« qui trop embrasse mal étreint ? ») ;
- une évolution de la clinique psychiatrique proprement dite : nombre de patients psychotiques ou « états limites » recourent aujourd'hui aux béquilles identitaires de l'air du temps : conduites addictives, conduites délinquantes ;
- une moindre tolérance de la société, y compris des soignants (et pas seulement parce qu'ils manquent de moyens) vis-à-vis de l'expression violente et comportementale de la pathologie mentale ;
- une focalisation sur les notions de prévention des risques et de prédiction des comportements.

Un risque ségrégatif à éviter

Sommes-nous victimes de notre succès ? La prison devient-elle une « alternative », un instrument privilégié de régulation des troubles psychiatriques ? Nous sommes à cet égard à la croisée des chemins et il n'y a qu'un pas à franchir pour passer d'une filière spécifique à une filière ségrégative qui mette hors circuit un nombre important de personnes.

La caricature d'un tel risque est incarné dans la figure de la « prison-hôpital », outil ségrégatif par excellence, qui irait à l'encontre de l'esprit même de la réforme : une politique intégrative fondée sur l'idée du soin de proximité, sur la mixité des publics et la réinsertion, et non pas sur le fantasme de neutralisation et/ou d'élimination. Du reste, et d'une voix unanime, les professionnels de psychiatrie sont fermement opposés à une telle éventualité, évoquée ici et là comme une « fausse bonne solution » à un problème qui ne se résout pas en posant la question de l'aval mais bien celle de l'amont. D'ailleurs, les hôpitaux psychiatrico-judiciaires italiens et les instituts de défense sociale belges, qui en seraient le modèle, sont régulièrement dénoncés (notamment par le Comité européen pour la prévention de la torture) pour être des lieux de relégation et de non-droit, exempts de démarche thérapeutique. L'enjeu est d'importance et nous devons ouvrir un vrai débat de société sur la place des personnes souffrant de maladies mentales.

L'impact de la politique pénale et pénitentiaire sur la santé mentale

La place de la psychiatrie en prison pose nécessairement la question de « l'amont et de l'aval ». La psychiatrie en prison est évidemment en lien étroit avec la psychiatrie du milieu libre dont elle est indissociable. Toute une partie du travail avec un patient détenu est un travail de préparation à la sortie et d'organisation des relais. Mais, bien sûr, on ne peut pas envisager un relais cohérent à la libération si, en aval de l'incarcération, les relais sanitaires et sociaux sont inexistantes ou réticents à prendre en charge les patients sortants de prison. De même, si, en amont, les moyens du soin sont insuffisants et si les professionnels se désengagent vis-à-vis des patients difficiles à soigner, le nombre de détenus souffrant de troubles mentaux ne peut que croître.

La psychiatrie en prison est également en lien (indirect mais prégnant) avec la politique pénale et la politique pénitentiaire. Si les conditions de détention sont mauvaises ou indignes, si les alternatives à l'incarcération et les aménagements de peine sont inexistantes, si les peines sont démesurées, alors la psychiatrie en prison n'est pas soignante, elle est au mieux palliative.

Une identité professionnelle plus assurée qui permet un meilleur travail en partenariat

Le maître mot du soin en prison, et singulièrement du soin psychiatrique, est « articulation ». Dans la prison, l'équipe psychiatrique est généralement un partenaire de choix, fortement sollicité et à l'égard duquel les attentes sont fortes, à commencer par celles des patients. On parle souvent de la difficulté de communication et d'articulation des équipes de soins avec les

professionnels et les intervenants pénitentiaires ou judiciaires. Cela reste vrai, même si la situation a évolué en dix ans (on peine souvent à le reconnaître). Dans les prisons, les personnels pénitentiaires et sanitaires ont appris à se connaître et à se reconnaître. L'ajustement de la position de soignant en prison est un exercice passionnant qui exige de la rigueur et une aptitude à la sérénité. Il est possible d'esquisser quelques lignes de conduite :

- toujours rester à l'écoute du patient et le mettre au centre du dispositif qui le concerne (le solliciter et entendre sa parole) ;
- établir avec le patient une relation thérapeutique fondée sur la confiance et la confiance, ce qui suppose la confidentialité des échanges. Ce principe de confidentialité n'exclut pas cependant d'échanger une information pertinente avec d'autres professionnels (ou intervenants), dès lors que le patient en a été informé et qu'il a donné son accord ;
- expliquer aux différents partenaires le rôle et les limites du soin et rappeler que le médecin traitant n'a pas un rôle d'expert ;
- occuper sa place de soignant et pas celle de l'autre (surveillant, conseiller d'insertion et de probation, avocat, juge...) sans pour autant la méconnaître.

Il reste encore beaucoup à faire en matière de communication et d'articulation, mais dès lors que les professionnels ont une identité professionnelle assurée et affirmée, sans confusion des rôles et des registres, un réel travail de partenariat peut se mettre en place.

On peut citer à titre d'exemples :

- 1) les commissions pluriprofessionnelles qui se sont parfois développées dans les établissements pénitentiaires en réponse à des injonctions (correspondant le plus souvent à un besoin réel) d'établir des relations de travail et des modalités de fonctionnement articulées. Un bon exemple en est la prévention du suicide ;
- 2) la pratique de formations continues multicatégorielles — qui contribuent, au-delà de la base de connaissances communes, à permettre un échange sur les métiers et leurs limites techniques et déontologiques — est propice au dépassement des idées reçues et des clivages.

Les obstacles à la continuité des soins en santé mentale

Luc Montuclar

Médecin,

Ucsa des Hauts-de-Seine

La prison constitue à plusieurs titres un milieu spécifique pour l'exercice de la médecine. Outre une influence directe sur le cadre de soin, l'incarcération génère une symptomatologie réactionnelle importante diminuant la spécificité des explorations complémentaires et rendant le diagnostic plus difficile. Par ailleurs, les patients sont parfois tentés d'utiliser leurs symptômes pour influencer le système carcéral à leur bénéfice. Dans ce contexte, la présence au sein des Ucsa de psychiatres entraînés à exercer dans ce contexte est fondamentale.

Les SMPR : un outil important aux moyens insuffisants

De même, la possibilité d'orienter les patients dans un lieu adapté à la prise en charge de leur pathologie est nécessaire. À ce titre, le système actuel n'est pas optimal, notamment en raison d'un nombre de lits insuffisant dans les SMPR pour accueillir les patients. Concernant les soins offerts, ils correspondent le plus souvent à une hospitalisation de jour qui n'est pas adaptée aux patients suicidaires puisque le cadre légal n'autorise pas à prendre en charge les patients sans leur consentement aux soins. Dans ces conditions, il n'y a souvent pas d'autre possibilité que de recourir à des hospitalisations d'office. Celles-ci sont généralement courtes et n'ont le plus souvent pour effet que de pallier une crise aiguë, sans perspective de prise en charge prolongée de pathologies chroniques parfois mal acceptées en détention par les autres détenus et mal comprises par les surveillants pénitentiaires. Ces insuffisances dans la prise en charge médicale peuvent conduire au placement du patient à l'abri des autres détenus – au quartier d'isolement – où la perte prolongée de repères sociaux laisse présager bien des difficultés de réinsertion, entre autres.

Le stigmata : un obstacle à la prise en charge

La présence de ces patients en prison n'est pas sans interroger la politique de fermeture de lits de long séjour en psychiatrie. De la même façon, on s'étonne parfois d'observer des états délirants de patients ayant été jugés responsables et condamnés en comparution immédiate, sans que ces signes aient été relevés ou signalés lors de

l'incarcération. La faible tolérance sociale à la pathologie mentale et à ses éventuelles conséquences médico-légales ne peut suffire à faire de l'incarcération de ces patients une solution satisfaisante. Elle ne constitue souvent qu'une parenthèse dont le sens reste parfois inaccessible au patient détenu. En outre, elle tend à rendre encore plus complexe la prise en charge sociale de la personne qui se trouve dès lors affligée du double stigmatisme de la délinquance et de la maladie mentale. Une plus grande sensibilisation des différents intervenants du système judiciaire (médecin légiste compris) au repérage de telles pathologies est donc souhaitable. De même, l'évolution du système d'hospitalisation vers la création de structures permettant des soins prolongés et une réelle préparation à la sortie de ces patients, apparaît nécessaire. L'intégration de telles structures au sein d'établissements hospitaliers permettrait, en plus d'offrir une meilleure continuité des soins à la sortie, de privilégier le statut de patient pour une population déjà fortement stigmatisée.

Références

- Buffard, Simone. Le froid pénitentiaire, l'impossible réforme des prisons. Paris : Le Seuil, 1973, 53.
- Guibourgé F., Palicot A.M., Brixi O., Choukroun O. Promotion de la santé et milieu pénitentiaire. Vanves : CFES (La santé en action), 1997, 171.
- Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la Justice - septembre 2004.
- Adsp. La santé en prison. Actualité et dossier en santé publique n°44. Paris : La Documentation Française, septembre 2003, 72.
- Rapport d'évaluation Igas/IGSJ. L'organisation des soins aux détenus. Juin 2001.
- Loi n°87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.
- Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.



ANNEXES

Annexe 1

Coordonnées des intervenants

| | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Fabienne Becker | CSP1 Maison d'arrêt de Fresnes | Allée des Tuyas 94261 Fresnes cedex | 01 49 84 37 80 fabienne.becker@justice.fr |
| François Bès | OIP / Observatoire international des prisons | 31, rue des Lilas 75019 Paris | 01 44 52 87 90 françois.bes@oip.org |
| Marc Bessin | CNRS / Centre d'études des mouvements sociaux | EHESS 54, boulevard Raspail 75006 Paris | 01 49 54 25 59 bessin@ehess.fr |
| Jean-François Bloch-Lainé | CCNE / Comité consultatif national d'éthique | 71, rue Saint-Dominique 75007 Paris | 01 43 25 82 43 |
| Bernard Busson | Farapej | 66, rue de la Folie Régnauld 75011 Paris | 01 55 25 23 75 guy-bernard.busson @farapej.fr |
| Thierry Cadet | SMPR Paris la Santé | Prison de la santé 75014 Paris | 01 45 35 26 88 smpr.lasante@free.fr |
| Yannick Chene | Centre hospitalier de Niort | 40, avenue Charles de Gaulle 79021 NIORT | 05 49 32 79 79 yannick.chene@ch-niort.fr |
| Édouard Couty | Dhos / Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins | 14, av. Duquesne 75350 Paris 07 SP | 01 40 56 60 00 |
| William Dab | DGS / Direction générale de la santé | 14, av. Duquesne 75350 Paris 07 SP | 01 40 56 60 00 |
| Bruno De Goer | UCSA | Centre hospitalier de Chambery BP 1125 73011 CHAMBERY Cedex | 04 79 96 51 81 bruno.de.goer @ch-chambery.rss.fr |
| Françoise Demichel | DRSP / Direction régionale des services pénitentiaires | 1, rue Mouton Duvernet 69391 LYON Cedex 03 | 04 72 91 37 26 francoise.demichel@justice.fr |
| Gérard Dubret | Centre hospitalier René Dubos | 6, avenue de l'Ile-de- France 95301 CERGY-PONTOISE | 01 30 75 43 08 gdubret@club-internet.fr |
| Bruno Falissard | Centre hospitalier Paul Brousse | 14, avenue Paul Vaillant Couturier 94804 VILLEJUIF | Falissard_b@wanadoo.fr |

| | | | |
|---------------------------|---|--|--|
| Françoise Lalande | IGAS / Inspection générale des affaires sociales | 25, rue d'Astorg 75007 PARIS | 01 40 56 66 65 francoise.lalande@sante.gouv.fr |
| Philippe Lamoureux | Inpes | 42, boulevard de la Libération 93203 Saint-Denis Cedex | 01 49 33 23 19 |
| Philippe Lecorps | ENSP / École nationale de santé publique | Avenue du Prof. Léon Bernard 35043 RENNES | 02 99 02 27 16 philippe.lecorps@ensp.fr |
| Patrice Molle | Dap / Direction de l'Administration pénitentiaire | 13, place Vendôme 75042 Paris Cedex 01 | 01 44 77 60 60 |
| Luc Montuclar | UCSA | Maison d'arrêt des Hauts-de-Seine 133, avenue de la Commune de Paris BP 1414 92014 NANTERRE Cedex | 01 47 29 75 75 lucmontuclar@aol.com |
| Guy Nicolas | HCSP / Haut comité de santé publique | 8, avenue de Ségur 75350 PARIS | 01 40 56 74 89 guy.nicolas@sante.gouv.fr |
| Catherine Paulet | SMPR des Baumettes | 213, Chemin de Morgiou 13404 MARSEILLE Cedex | 04 91 40 88 72 catherine.paulet@free.fr |
| Michel Peretti | DSPIP | 2, boulevard de l'Oise 95015 CERGY-PONTOISE | 01 30 75 37 55 michel.peretti@justice.fr |
| Evelyne Picherie | UCSA | Maison d'arrêt de Nantes 68, boulevard Einstein BP 71636 44316 NANTES Cedex 3 | 02 40 50 26 13 picherie.jeanpierre@club-internet.fr |
| Jean Pouillard | CNOM / Conseil national de l'Ordre des médecins | 180, boulevard Haussman 75008 PARIS | 01 53 89 33 63 pouillard.jean@cn.medecin.fr |
| Pierre-Yves Robert | UCSA | Maison d'arrêt de Nantes 68, boulevard Einstein BP 71636 44316 NANTES Cedex 3 | pyrobert2@oceanet.fr |
| Frédéric Rouillon | Centre hospitalier Albert Chenevier | 40, rue de Mesly 94010 CRÉTEIL | 01 49 81 30 51 frederic.rouillon@sante.gouv.fr |

| | | | |
|---------------------------------|--|--|--|
| Isabelle Roustang | UCSA | Maison d'arrêt Fleury-Mérogis 7, avenue des Peupliers 91700 FLEURY MEROGIS | 01 69 72 36 42 isabelle.roustang@libertysurf.fr |
| Michel Saint-Jean | Maison d'arrêt de Fresnes | Allée des Thuyas 94261 FRESNES Cedex | 01 49 84 39 77 michel.saint-jean@justice.fr |
| Sergio Salvadori | DRSP / Direction régionale des services pénitentiaires de Lille | 5, rue Gauthier-de-Châtillon BP 765 59034 LILLE Cedex | 03 20 63 66 66 sergio.salvadori@justice.fr |
| Christian Schoch | CNAMTS | Département des politiques de santé 26-50, avenue du pr André Lemierre 75986 PARIS | 01 72 60 24 64 christian.schoch@cnamts.fr |
| Stéphane Tessier | Crésif / Comité régional d'éducation pour la santé île-de-France | 14, rue La Fayette 75009 PARIS | 01 48 24 38 00 cresif@wanadoo.fr |
| Jean-Baptiste Thierry | Université des sciences sociales de Toulouse 1 / Iscrimed, Nancy 2 | 24, rue Bertrand de Born 31000 TOULOUSE | thierry.jb@wanadoo.fr |
| Martine Valdes-Boulouque | IGSJ / Inspection générale des services judiciaires | 13, Place Vendôme 75042 PARIS Cedex 01 | 01 44 77 69 59 martine.valdes-boulouque@justice.gouv.fr |

Annexe 2

SIGLES & ABRÉVIATIONS

| | |
|----------------|---|
| AIS | Auteur d'infractions à caractère sexuel |
| ARH | Agence régionale d'hospitalisation |
| CCAA | Centre de consultation ambulatoire en alcoologie |
| CD | Centre de détention |
| CEDH | Cour européenne des Droits de l'Homme |
| Cip | Conseiller d'insertion et de probation |
| CMU | Couverture médicale universelle |
| Cmuc | Couverture médicale universelle complémentaire |
| CMP | Centre médico-psychologique |
| Cnam | Caisse nationale d'assurance maladie |
| CSST | Centre spécialisé de soins aux toxicomanes |
| Cuas | Chef d'unité d'action sanitaire des services pénitentiaires régionaux |
| Dap | Direction de l'administration pénitentiaire |
| DGS | Direction générale de la santé |
| Dhos | Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins |
| DPJJ | Direction de la protection judiciaire de la jeunesse |
| DRSP | Direction régionale des services pénitentiaires |
| DSPIP | Directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation |
| Enap | École nationale d'administration pénitentiaire |
| Farapej | Fédération des associations Réflexion Action Prison Et Justice |
| H CSP | Haut Comité de la santé publique |
| HO | Hospitalisation d'office |
| Igas | Inspection générale des affaires sociales |
| IGSJ | Inspection générale des services judiciaires |
| Inpes | Institut national de prévention et d'éducation à la santé |
| MA | Maison d'arrêt |
| OIP | Observatoire international des prisons |
| Pep | Projet d'exécution de peine |
| PH | Praticien hospitalier |
| QI | Quartier d'isolement |
| QD | Quartier disciplinaire |
| RMI | Revenu minimum d'insertion |
| SNH | Schéma national d'hospitalisation |
| Smur | Service de médecine ou d'urgence |
| SMPR | Service médico-psychologique régional |
| Spip | Service pénitentiaire d'insertion et de probation |
| Ucsa | Unité de consultations et de soins ambulatoires |
| UEVH | Unité expérimentale de vie familiale |
| UHSA | Unité hospitalière spécialement aménagée |
| UHSI | Unité hospitalière sécurisée interrégionale |
| UMD | Unité pour malades difficiles |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| VHC/B | Virus de l'hépatite C ou B |

